



**Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública**

Caraterização da Tomada de Decisão em Organizações Hospitalares – Impacto do Estatuto Jurídico

João Pedro Andrade Lopes

**Tese de Mestrado
VIII Curso de Mestrado de Gestão da Saúde**

Trabalho efetuado sob a orientação de:
**Prof. Dr. Adalberto Campos Fernandes e
Prof. Dr. Francisco Velez Roxo**

**Julho 2014
Lisboa**

“A ciência é a *vela* que ilumina a escuridão da ignorância.”

Carl Sagan

Agradecimentos

No âmbito do VIII Curso de Mestrado de Gestão da Saúde (2012/2014), pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Universidade Nova de Lisboa (UNL), surge o presente escrito, como resultado da pesquisa e trabalho desenvolvido.

É sempre um misto de sentimentos que em cada fechar de página a vida nos encerra. Esta que agora se definha, foi escrita com muito sacrifício e paixão, um percurso sempre feito de companheirismo, em que muitas foram as batalhas, de atrasos e recuos, de incertezas, mas que sempre foram vencidas. Referir a minha gratidão a todos seria uma tarefa hercúlea, ainda assim;

Agradeço especialmente à minha família pela contribuição e reconhecimento, que contribuíram para que esta tese de mestrado pudesse ser agora uma realidade, aos meus irmãos, Pedro Lopes e Nelson Lopes, que foram e são importantes referências para mim enquanto homens. Aos meus adorados sobrinhos, Cátia Lopes, Diogo Lopes e Rita Lopes, espero um dia aqui chegarem, e que o tio vos ajude a realizar semelhante empreendimento. Aos meus pais, que sempre contribuíram para o meu desenvolvimento enquanto pessoa e pelo brotar da minha formação académica e intelectual, a eles, pela paciência e amor que sempre me foi dado, um eterno obrigado.

Ao Prof. Dr. Adalberto Campos Fernandes, pela inextinguível ajuda na orientação, pelo estímulo e disponibilidade em tornar os conceitos acessíveis, pelas inúmeras sugestões de melhoria, ajudando-me a tornar mais clara a apresentação das ideias, pela predisposição demonstrada, o meu profundo agradecimento.

Ao Prof. Dr. Francisco Velez Roxo pela co-orientação deste trabalho de investigação, pelas sugestões úteis que a cada estágio de trabalho forneceu, o meu obrigado pelo seu rigor e amabilidade que sempre ofereceu.

Ao restante corpo docente da Escola Nacional de Saúde Pública, agradeço a disponibilidade de me terem gentilmente recebido, pela pronta disponibilidade em retificar e reformular os trilhos desta tese, a todos pela partilha de ensinamentos que me foi dada, a minha gratidão.

Quero também aqui deixar uma palavra de estima e consideração, aos meus amigos de sempre; Luís Pereira Nunes, João Pedro Reimão, Daniel Rodrigues, Alexandre Silva, Joana Duarte Silva, Maria Cecília Girão e Solange Fernandes, entre tantos outros. Todos contribuíram para este meu empreendimento, estivemos juntos, obrigado pelo apoio, sejamos sempre felizes.

Por último, à Marisa Rita Ferreira Félix, não existem sequer palavras que explicitem a gratidão por mim sentida, só nós sabemos o quanto espinhosos foram os caminhos percorridos para aqui chegar, pela disposição incessante de apoio mútuo que sempre demonstramos, pela diligência e competência que retirámos um do outro, pelos cinco anos de partilha, que trouxe-nos indubitavelmente, uma maturidade de julgamento da qual desejamos e seguramente vamos aplicá-la com semelhante empenho e sucesso futuramente, futuro esse que é hoje.

Ao e sempre Amor.

Listas de Quadros, Gráficos, Figuras e Tabelas

Lista de Quadros

Quadro nº1. – Estrutura de trabalho.....	7
Quadro nº2. - Pressupostos da Tomada de Decisão.....	19
Quadro nº3. - Dois tipos básicos da Tomada de Decisão segundo E. Frank.....	20
Quadro nº4. – Técnicas de Tomada de Decisão.....	22
Quadro nº5. – Etapas do Processo de Tomada de Decisão.....	25
Quadro nº6. – Perfil de Administradores/Gestores vs Líderes.....	44
Quadro nº7. – O programa PPP para o setor hospitalar.....	51
Quadro nº8. - Objetivo geral e específicos.....	55
Quadro nº9. – Dimensões do questionário – A Tomada de Decisão em Organizações Hospitalares.....	59

Lista de Gráficos

Gráfico nº1. - Hierarquia das Necessidades de A. Maslow.....	39
Gráfico nº 2. – Distribuição da amostra por sexo.....	62
Gráfico nº3. – Distribuição de frequências dos inquiridos por estatuto jurídico hospitalar.....	65
Gráfico nº4. – Etapas no processo de tomada de decisão.....	67
Gráfico nº5. – Tipos de decisões tomadas.....	71
Gráfico nº6. – Taxa percentual dos estatutos jurídicos hospitalares por opção de resposta.....	73
Gráfico nº7. – Principais dificuldades na gestão hospitalar.....	75

Lista de Figuras

Figura nº1. – Níveis de Gestão de uma Organização.....	10
---	-----------

Figura nº2. – Evolução dos Hospitais Públicos 1968-2009 – Legislação sobre os Modelos de Governo.....	46
--	-----------

Lista de Tabelas

Tabela nº1. – Idades.....	63
----------------------------------	-----------

Tabela nº2. – Distribuição dos inquiridos por grupos; sexo, faixa etária e formação académica.....	64
---	-----------

Tabela nº3. – Distribuição de funções/cargo profissional desempenhadas no organigrama do hospital dos inquiridos.....	66
--	-----------

Tabela nº5. – Epatas mais importantes no processo de tomada de uma decisão para os inquiridos.....	68
---	-----------

Tabela nº6. – Grau de influência dos fatores/condicionantes para a aplicabilidade das tomadas de decisão em contexto hospitalar.....	69
---	-----------

Tabela nº7. – Fatores que mais influenciam a tomada de decisão por parte dos decisores hospitalares.....	70
---	-----------

Tabela nº8. – Relação entre a tomada de decisão hospitalar e o estatuto jurídico hospitalar.....	72
---	-----------

Tabela nº9. – Grau de importância de variáveis quanto ao exercício de gestão hospitalar.....	74
---	-----------

Tabela nº10. – Grau de satisfação com dimensões laborais.....	78
--	-----------

Tabela nº11. – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> – Qual o grau de influência das seguintes condicionantes/fatores para a aplicabilidade das tomadas de decisão.....	79
---	-----------

Tabela nº12. – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> – Comparação múltipla de médias de ordem da Liderança.....	80
---	-----------

Tabela nº13. – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> – Grau de importância das variáveis na gestão hospitalar.....	81
--	-----------

Tabela nº14. – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> – Comparação múltipla de médias de ordem dos Indicadores e Avaliação de desempenho e de resultados.....	82
--	-----------

Tabela nº15. – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> – Quais as principais dificuldades a que um gestor hospitalar está sujeito.....	83
Tabela nº16. – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> – Comparação múltipla de médias de ordem da Satisfação quanto às condições de trabalho.....	85
Tabela nº17. – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> – Comparação múltipla de médias de ordem da Satisfação quanto à realização pessoal e profissional.....	85
Tabela nº18. – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> – Comparaçã de múltiplas de médias de ordem da Satisfação quanto às relações de trabalho e suporte social.....	86
Tabela nº19. – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> – Comparação múltipla de médias de ordem da Satisfação quanto à remuneração.....	86
Tabela nº20. – Teste Qui-Quadrado- Questões categóricas de variáveis aleatórias...	87

Índice de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

APAH – Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares.

APHP – Associação Portuguesa de Hospitalização Privada

ARS – Administração Regional de Saúde

CA – Conselho de Administração

CEO – *Chief Executive Officer*

DP – Desvio-Padrão

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

EPE – Entidades Públicas Empresariais

GRH – Gestão de Recursos Humanos

INE – Instituto Nacional de Estatística

JFK – John Fitzgerald Kennedy

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

ME – Memorando de Entendimento

OE – Orçamento de Estado

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPP – Parceria Público Privada

SA – Sociedades Anónimas

SI – Sistemas de Informação

SIADAP – Sistema Integrado de Avaliação e Desempenho

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPA – Setor Público Administrativo

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

UE – União Europeia

UNL – Universidade Nova de Lisboa

Resumo

O decisor hospitalar tem como função decidir os recursos de uma organização de saúde, sejam estes financeiros, materiais ou humanos, sendo decisivo o conhecimento e informação que o apoiem na aplicabilidade nas tomadas de decisão e na solução dos problemas. As tomadas de decisão suportam-se em modelos reproduzidos pelos decisores, em processos, modelos, e em princípios, que podem ou não assumir intuição, objetividade, racionalidade e ética, bem como de técnicas várias que podem ser limitativas ou condicionadas, por força de fatores vários, como: a falta de informação inerente de uma multidisciplinaridade do processo; de condicionalismos organizacionais, internos ou externos, associados à envolvente e cultura organizacional e influências políticas e macroeconómicas; ao fator tempo; a tecnologia; a estrutura e desenho organizacional; a autoridade/poder e a autonomia para decidir; a liderança, e do estatuto jurídico que o hospital possui. Este último ponto será esmiuçado, mais profundamente, neste estudo.

Iremos, através do estudo, compreender se os elementos componentes das decisões tomadas nos hospitais, são ou não adaptadas em consonância com diferentes políticas de governação hospitalar, em contextos e dinâmicas organizacionais diferenciadas, por diferentes Estatutos Jurídicos Hospitalares - EPE, SPA, PPP e Privados.

Foi realizado um estudo de carácter exploratório, descritivo-correlacional e transversal, baseou-se num questionário aplicado a decisores hospitalares, incidindo nos dois vetores centrais do estudo, na tomada de decisão e no estatuto jurídico hospitalar. A decisão é então, um valiosíssimo veículo na persecução das estratégias e planos formulados pelo hospital, esperando-se destes produzir consequentes resultados eficientes, eficazes e efetivos na sua aplicação.

Palavras-Chaves: Tomada de Decisão, Gestão da Saúde, Governação Hospitalar, Estatuto Jurídico, Teoria Organizacional.

Abstract

The hospital decision-maker has the main responsibility of deciding the features of a health organization, whether financial, material or human, being holder of decisive knowledge and information that support the applicability in decision making and problem solving. Decision-Making is based on models, reproduced by decision makers, processes, and principles, which may or may not take intuition, objectivity, rationality and ethics, as well as in several techniques that can be limiting or conditional by virtue of several factors, such as: the lack of information inherent to a multidisciplinary process, the result of the interaction of different actors or organizational needs, and the reliability of the information; organizational, internal or external constraints and pressures associated with others; authority / power and autonomy to decide; overriding of individual and collective goals; and Legal/Juridic status that the hospital sustain. This last point will be scrutinized more deeply in this study.

We will, throughout this study, understand whether the elements of decisions taken in hospitals, are or not adapted in line with different policies of hospital governance, and dynamic organizational contexts, distinguished by different hospital legal statutes - EPE, SPA, PPP and Private.

A study of exploratory, descriptive-correlational and cross-sectional nature was conducted, based on a questionnaire applied to hospital decision makers, focusing on two central vectors of the study, in decision making and hospital legal status. The decision, is then an invaluable vehicle on the pursuit of strategies and plans formulated by the hospital, waiting to produce from these consequential efficient, effective and efficacious results in their application.

Key Words: Decision-Making, Health Management, Hospital Governance, Hospital Status, Organizational Theory.

Índice

Agradecimentos.....	(iii)
Lista de Quadros, Gráficos, Figuras e Tabelas.....	(v)
Índice de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos.....	(viii)
Resumo/Abstract.....	(ix)
I. Introdução.....	1
II. Revisão da Literatura.....	8
2.1. A Gestão da Saúde em contexto Hospitalar.....	8
2.1.1. A Função da Gestão em Organizações de Saúde.....	8
2.1.2. Teoria e Cultura Organizacional.....	11
2.2. Tomada de Decisão.....	13
2.2.1. Conceptualização da Tomada de Decisão.....	13
2.2.2. Etapas do Processo de Tomada de Decisão.....	17
a) Tipo de Decisões.....	20
2.2.3. Modelos de Decisão.....	25
a) Modelo Organizacional.....	25
b) Modelo Clássico.....	26
c) Modelo do Processo.....	26
d) Modelo Político.....	26
2.2.4. Tomada de Decisão em Grupo.....	27
2.2.5. Elementos e Fatores/Condicionantes das Organizações para a Tomada de Decisão.....	30
a) Influências Externas – Envolvente Organizacional.....	30
b) Influências Internas – Cultura Organizacional.....	31
c) Fator Temporal.....	31
d) Informação e Comunicação Organizacional.....	32
e) Tecnologia.....	34
f) Formação Profissional dos Decisores.....	35
g) Influência Política e Macroeconómica.....	35
h) Estrutura e Desenho Organizacional.....	36
i) Motivação e Satisfação Profissional.....	37
j) Relações entre a Autonomia/Autoridade e Influência/Poder.....	40
k) Liderança.....	42

2.3. Caracterização dos Sistemas de Governação Hospitalar em Portugal – Estatuto Jurídico Hospitalar.....	45
2.3.1. Hospitais EPE.....	46
2.3.2. Hospitais SPA.....	48
2.3.3. Hospitais PPP.....	50
2.3.4. Hospitais Privados.....	52
III. Metodologia.....	54
3.1. Objetivos do Estudo.....	54
3.2. Desenho de Investigação – Processo de Recolha e Tratamento de Dados.....	56
3.3. Instrumento Utilizado.....	57
3.3.1. Questionário.....	57
3.4. Descrição da Análise Estatística.....	60
IV. Apresentação e Discussão dos Dados.....	62
4.1 Análise Estatística Descritiva.....	62
4.1.1. Dados de Caracterização da Amostra.....	62
4.1.2. Perfil Profissional.....	65
4.1.3. A Tomada de Decisão.....	66
4.1.4. A Gestão Hospitalar.....	73
4.1.5. Satisfação Profissional.....	76
4.2 Análise Estatística Inferencial.....	79
4.2.1. Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> – A Tomada de Decisão.....	79
4.2.2. Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> – A Gestão Hospitalar.....	81
4.2.3. Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> – Satisfação Profissional.....	83
4.2.4. Teste do Qui-Quadrado.....	87
V. Discussão dos Resultados.....	89
5.1 Limitações.....	96
VI. Considerações Finais.....	98
VII.Referências Bibliográficas.....	104
ANEXOS.....	(a)
a) Inquérito por Questionário “A Tomada de Decisão em contexto Hospitalar”	
b) Cronograma de atividades.....	(b)

I. Introdução

Qualquer gestor, administrador, executivo, supervisor, coordenador hospitalar tem como função central decidir sobre os recursos de uma organização de saúde, sejam estes financeiros, materiais ou humanos, que se inserem num contexto mais extenso, sobre a estratégia de planeamento da organização, de diretrizes quanto ao desenvolvimento das instituições hospitalares. Importa desta forma compreender o fenómeno do processo da tomada de decisão que estes profissionais adotam e de que forma estes processos de decisão interagem com os condicionalismos presentes, que em última instância influenciam os valores e os modos de agir e pensar de uma organização hospitalar e na liderança desenvolvida pelos gestores na resolução de problemas.

A escolha temática e sua pertinência inserem-se na preferência intelectual e científica do próprio investigador. Decidir é uma responsabilidade transversal a qualquer ser humano e é especialmente desempenhada em cargos de chefia ou de autoridade (tecnoestruturas), que exige conhecimento por parte de quem as toma, já que existem pressões várias, que influenciam os rumos a tomar, gerando incertezas e ansiedade. A forma de chegar a uma solução difere de indivíduo para indivíduo, embora haja sempre a necessidade em encontrar formas de tomada de decisão que funcionem da melhor forma possível e para isso existem modelos e etapas que importam cumprir, as quais me proponho analisar e desenvolver na revisão da literatura desta presente dissertação.

Existem assim múltiplas abordagens ao fenómeno da tomada de decisão que são aplicadas consoante as características de um decisor. O autor John A. Barnes (2007:182), refere precisamente esta pluralidade comportamental associada à tomada de decisão, segundo o qual, um decisor pode preferir suportar-se em técnicas distintas, em estudar relatórios efetuados por especialistas internos ou externos à organização; pode por outro lado, preferir suportar a sua tomada de decisão em reuniões de grupo com conselheiros até ser devidamente formulado um consenso; pode simplesmente seguir os seus instintos ou ainda delegar as decisões, especialmente aquelas que possuem um menor risco associado. Existe desta forma, uma grande diversidade comportamental dos decisores no processo da tomada de decisão, pelo que importa estudar o comportamento organizacional e a teoria organizacional. Desta forma, este enfoque na organização como modelo conceptual será uma constante por nós utilizada ao longo desta dissertação.

Para Ross (*et al*, 2002:229), o expetável é de que os administradores hospitalares tomem decisões baseadas em fatos e em experiências passadas, sendo que em condições normais os mesmos sentem segurança nas suas tomadas de decisão quando possuem tempo para ter em consideração todas as variáveis. Para os autores é crucial encontrar a mistura certa entre a intuição e a informação, já que “... *Líderes de todas as organizações encontram o mesmo dilema em quando intervir e tomar decisões baseadas no instinto e com senso de tempo ... conhecer como tomar a melhor decisão – importa uma combinação certa entre a intuição e a informação - este factor é uma das condições essenciais no sucesso administrativo.*”¹

A autora Kristina Guo (2008:118), sugere que os gestores hospitalares operam num sistema complexo, com numerosas alterações na sua envolvente, sejam elas: económicas, legais, organizacionais ou éticas. Sendo que as decisões dos decisores hospitalares influenciam diretamente os profissionais da organização individualmente, assim como coletivamente, iremos focalizar-nos precisamente nestas organizações de saúde hospitalares. Importa desta forma, contextualizar qual o conceito de hospital enquanto instituição. De acordo com o autor Gustavo Malagón Londoño (2003:5), que explicita que nas últimas décadas o conceito de hospital tem sofrido constantes mutuações em virtude do papel que lhe foi atribuído nos demais sistemas de saúde, assim como, nos custos associados pelo aumento da procura de cuidados hospitalares, trazendo custos de assistência exponenciais sendo que antagonicamente os “... *orçamentos governamentais para a saúde são desproporcionalmente baixos...* ” (noção da rentabilidade económico-financeira). O conceito de hospital atual e ainda segundo o mesmo autor, assenta dentro dos contextos modernos dos sistemas de saúde como um: “... *centro de referência que deve receber os pacientes cujos problemas não puderam ser resolvidos em níveis inferiores.*”. É neste âmbito de recuperação da saúde dos doentes que é exigida uma equipa de decisores/gestores que suportados em esforços administrativos através de meios técnico-científicos, em norma em equipas multidisciplinares cheguem a decisões eficazes e eficientes.

Ainda quanto à definição de hospital enquanto organização de saúde, sendo nesta que cai o objecto de estudo, a Organização Mundial de Saúde (OMS), define o hospital como;

“... uma parte integrante da organização médica social, cuja função é proporcionar à população atenção médica completa, tanto preventiva como

¹ (Tradução Nossa) “Leaders in all organizations face the same dilemma of knowing when to intervene and to make a decision based on instinto and na acute sense of timing ... Knowing how to make a decision well – employing the right combination of intuition and information – is on of the essential core competencies of the successful executive.

curativa, e cujo serviço de consultas externas (extra-hospitalar) alcança a família em seu lar. O hospital é também um centro de preparação e treinamento de profissionais de saúde, de pesquisa biossocial.” (OMS apud. Londoño, 2003:5)

A orientação dos hospitais recai assim, em diversos domínios que se transfiguram em mudanças. De fato, a evolução da rede nacional hospitalar assistiu a algumas transformações quanto à gestão interna e organizacional dos hospitais. O Relatório da Deloitte – *Saúde em análise, Uma visão para o futuro* (2011), refere que a principal alteração verificada nos últimos anos, foi a criação dos centros hospitalares, tendo como pressuposto, “... *potenciar um sistema, integrar de modo a tornar mais eficiente a gestão dos diferentes meios assistenciais ... das entidades que os compõem...*”. Esta tentativa de concentração e integração de meios vai ao encontro das medidas de racionalização de recursos implementadas pelo Governo português nos últimos anos. Deste modo, o surgimento dos centros hospitalares acompanha o processo de empresarialização dos hospitais públicos que se insere num quadro mais global, “... *numa política de modernização e revitalização do SNS e que pressupõe a adopção de uma gestão inovadora com carácter empresarial, orientada para a satisfação das necessidades do cidadão.*”. Outro dos pontos referidos pelo mesmo relatório refere-se, a uma ausência ou carácter ténue, quanto ao planeamento estratégico dos hospitais, nomeadamente quanto à oferta hospitalar, que segundo o relatório: “... *não está completamente adequada às necessidades dos cidadãos, visto que o seu planeamento e expansão não partem dessa base.*”. Assim, como o encerramento de determinados serviços hospitalares, resultantes em contestação popular em alguns casos, não havendo a respetiva atenção dos decisores para a relevância dos mesmos para as populações. Estas reformas aliadas aos diversos estatutos jurídicos hospitalares serão alvo de discussão e reflexão.

Apesar dos avanços reconhecidos quanto aos modelos organizacionais dos hospitais em Portugal, o Relatório de Primavera de 2012, (2012:79) faz uma análise ao parque hospitalar português, reconhecendo igualmente a realização de esforços de melhoria da gestão hospitalar, assim como os processos de certificação e acreditação.

Existem ainda algumas questões relevantes que devem ser repensadas e debatidas pelos decisores hospitalares nas questões:

“(i) a sua produção/financiamento e execução orçamental, bem como as questões transversais ao sistema de saúde; (ii) articulação de cuidados (primários, hospitalares e continuados); (iii) questões do financiamento em

termos de patamares tecnológicos e de promotor de boas práticas, e (iv) questões de recursos humanos e da mobilidade.” (Relatório Primavera, 2012:79)

Daremos enfoque sobretudo às questões práticas de gestão e às de recursos humanos. Relativamente ao espectro hospitalar português e segundo dados do INE (2014), em 2012 existiam 214 hospitais em Portugal, 104 deles privados, 110 hospitais tutelados pelo Estado de acesso universal e 7 hospitais militares ou prisionais. No total na rede hospitalar nacional foram realizados “... *mais de 1 milhão de internamentos, cerca de 16,5 milhões de consultas médicas externas, 122 milhões de atos complementares de diagnóstico e 22 milhões de atos complementares de terapêutica.*”. Cerca de 75% dos hospitais, integravam mais do que uma valência, sendo desta forma considerados gerais.

Esta enorme complexidade acompanha aquilo que é igualmente tido como consensual pela literatura por nós previamente consultada, corroborando que os decisores hospitalares são submetidos a uma forte componente de complexidade, tanto ao nível dos acontecimentos em contexto hospitalar, como da multiplicidade de conhecimentos inerentes do próprio meio hospitalar. Frequentemente, no seu meio de atuação, no natural desempenhar das suas funções, são-lhes exigidas tomadas de decisão tendencialmente rápidas, até porque, este comportamento é vincadamente influenciado e inspirado no comportamento dos restantes profissionais de saúde das organizações hospitalares que possuem padrões decisórios extremamente rápidos, como é o caso de enfermeiros e médicos em urgência médica. Importa, assim, compreender quais os modelos de decisão adotados pelos decisores hospitalares e se os mesmos estão em consonância com outras organizações que não hospitais.

Em suma, um decisor hospitalar reveste-se não apenas numa dimensão interna da organização, este interage simultaneamente com diversos condicionalismos, tais como: fatores políticos, institucionais, programas governamentais, grande dependência de financiamento, os sindicatos, as ordens profissionais, as obrigações com as indústrias da saúde, havendo reconhecidamente objetivos específicos entre hospitais públicos e os interesses dos proprietários de hospitais privados.

O autor Gustavo Malagón Londoño (2003:5) na sua abordagem relativa às *Generalidades sobre Administração Hospitalar*, refere que a saúde sendo um dos tesouros mais valiosos para o ser humano é considerado um direito fundamental, sendo por isso é “...*pedra angular de bem-estar de todos os governos.*”. A atenção à saúde pública consiste na “...*confluência dos componentes da promoção, da*

prevenção, da recuperação e da reabilitação...”, é principalmente nas últimas duas componentes que se insere a atuação das instituições hospitalares. Deste modo, os hospitais assumem assim uma responsabilidade máxima, tentando resolver problemas de saúde que não foram solucionados em níveis inferiores na prestação de cuidados de saúde. O autor faz ainda uma exaustiva caracterização sobre o universo hospitalar que nos parece sintetizar toda a complexidade inerente, referindo que os hospitais possuem aspetos paradoxais e de problemas de diversas origens;

“Chegam enfermos com esperança de uma recuperação imediata, familiares angustiados em busca de soluções, executivos sadios para verificar o estado de saúde; ao mesmo tempo chegam vítimas de catástrofes e vítimas de intoxicação grave; de repente, chega o indivíduo que acaba de perder a esperança de vida; chegam visitantes, curiosos, autoridades, cientistas, estudantes, vendedores, transportadores, aspirantes a empregos, trabalhadores, entre os quais médicos, laboratoristas, enfermeiros e outros profissionais de saúde, engenheiros, auxiliares para todas as áreas, secretárias, especialistas em finanças, técnicos em estatísticas ... desenvolve-se o trabalho assistencial, praticam-se procedimentos cirúrgicos de mais variada complexidade, realizam-se exames de laboratório ... procedimentos de diagnóstico ... exerce-se a docência, vive-se a angústia ...” (Londoño, 2003:7)

Ficava evidenciado nesta citação, o universo que existe dentro de uma organização hospitalar, requerendo por parte dos decisores hospitalares uma preparação multifacetada para toda esta complexidade, exigindo uma liderança na persecução de resultados de qualidade e eficientes, sabendo aplicar decisões harmoniosas e equilibradas, as decisões dos decisores hospitalares, embora específicas do setor de atividade da saúde, assumem características comuns a outras organizações, e podem assumir várias dimensões, por norma as tomadas de decisão assumem características técnicas, em que o decisor necessita imperativamente de informação concreta e sólida, normalmente sob a forma de dados ou estatísticas, que podem assumir determinada variabilidade inerente dos fenómenos de periodicidade, importa portanto, ao decisor uma forte capacidade analítica, que lhe deve ter sido depreendida fruto da sua formação profissional e académica, o conhecimento e a informação provenientes da organização interna assim como da envolve externa atribuem um papel basilar para o decisor, que o apoiem na aplicabilidade das tomadas

de decisão e na solução dos problemas da instituição hospitalar, este fluxo de informação necessária irá gerar as alternativas para a solução dos problemas.

As tomadas de decisão suportam-se em modelos inconscientemente, ou conscientemente reproduzidos pelos decisores, em processos, e em princípios lógicos que pode ou não assumir intuição, objetividade, racionalidade, ética, e de técnicas que podem ser limitantes ou condicionadas por força de fatores vários, nomeadamente como: a falta de informação inerente de uma multidisciplinaridade do processo fruto da interação de diferentes atores ou necessidades da organização e da fiabilidade dessas informações; de condicionalismos organizacionais internos ou externos associados a pressões e outros; a autoridade “poder” e a autonomia para decidir; da superposição de objetivos individuais e coletivos; e do estatuto jurídico que o hospital possui - este último ponto será discutido por nós mais profundamente, num estudo exploratório que foi efetuado junto de decisores hospitalares.

Estudar os modelos organizacionais hospitalares assume elevada complexidade, existem muitos fatores que influem na gestão hospitalar, como a regulamentação exigida às organizações, já que as decisões num hospital são adaptadas em consonância a diferentes políticas de governação hospitalar, em contextos e dinâmicas organizacionais diferenciadas, sejam estas realizadas por hospitais EPE, SPA, em regime de PPP e em hospitais privados, serão estes os quatro estatutos hospitalares analisados, centrando o âmbito de estudo exclusivamente ao contexto português.

Existe na nossa visão lucanas na literatura quanto à decisão mediante diferentes estatutos jurídicos hospitalares, por parte dos decisores hospitalares, pretendemos absorver e recombina conhecimentos equacionando hipóteses por via dos resultados obtidos com a aplicação de um questionário.

A decisão é tida como um valiosíssimo veículo na persecução das estratégias e dos planos formulados por uma organização hospitalar, esperando-se destes produzir consequentes resultados eficientes, eficazes e efetivos na sua aplicação, numa perspetiva sistemática.

É perante este enquadramento genérico aqui discorrido, que partimos para a realização de um estudo exploratório relativo aos condicionalismos da tomada de decisão no contexto da gestão hospitalar em quatro diferentes tipologias de estatuto jurídico em Portugal, esta fragmentação do objeto de estudo é geradora de hipóteses comparativas gerando consequentes resultados que serão discutidos na fase final desta dissertação.

A gestão da saúde e a tomada de decisão ocupam em boa verdade, um só espaço, e cada vez mais em consequências da crescente e atual complexidade macroeconómica que afeta vincadamente a vida de qualquer hospital, a decisão exige uma visão integrada e a partir das mudanças observadas. De referir ainda, que estudar o fenómeno da tomada de decisão, parece-nos relevante para perceber não isoladamente o ato da decisão, mas fundamentalmente qual a melhor atitude a ter num processo de decisão, até à sua implementação efetiva.

Estruturámos este presente escrito em cinco capítulos (I) *Introdução*, onde se pretende que seja feita uma sumária apresentação da problemática fazendo um enquadramento temático da tomada de decisão e do conceito de hospital; (II) *Revisão de Literatura*, caracterização dos conceitos pelos demais autores revistos; (III) *Metodologia*, onde será apresentado o modelo teórico de análise do estudo por nós implementado; (IV) *Apresentação e Discussão dos Dados*, (V) *Discussão dos Resultados*, (VI) *Considerações Finais*, (VII) *Referências Bibliográficas*; e os *Anexos*.

A presente dissertação foi escrita ao abrigo do novo Acordo Ortográfico que entrou em vigor em Janeiro de 2009, ainda assim, todas as citações presentes ao longo do corpo de trabalho, respeitam na íntegra a grafia disposta nas mesmas, como forma de preservar a fiabilidade e originalidade das mesmas, de relembra ainda, e de acordo com o disposto na lei, que ambas grafias podem ser utilizadas em simultâneo num período de transição definido que decorre até 2015.

Introdução		Apresentação e Justificação do tema de investigação; Situação/Contexto da problemática.
Enquadramento teórico	A Gestão da Saúde em contexto Hospitalar	Análise e interpretação dos propósitos organizacionais hospitalares e dos níveis de gestão.
	Tomada de Decisão	Conceptualização; Etapas do Processo; Modelos; Elementos e Fatores/Condicionantes.
	Sistemas de Governação Hospitalar – Estatuto Jurídico	Descrição das diferentes tipologias jurídicas presente em Portugal.
Componente empírica	Objetivos do Estudo	Definição da problemática e metodologia de Investigação.
	Desenho de Investigação	Definição da estrutura racional do estudo.
	Instrumento Utilizado	Questionário.
	Apresentação e Discussão dos Dados	Análise dos dados – Descritiva e Inferencial; Processo de recolha e tratamento e Limitações
	Discussão dos Resultados	Discussão dos resultados do estudo tendo em conta o quadro conceptual de referência.
	Considerações Finais	Reflexão final; Pistas para futuros caminhos de investigação que considerámos relevantes.
Referências Bibliográficas		Fontes bibliográficas utilizadas.
ANEXOS		Inquérito por questionário; Cronograma de atividades.

Quadro nº1. – Estrutura de trabalho.

II. Revisão de Literatura

2.1 A Gestão da Saúde em contexto Hospitalar

2.1.1 A Função da Gestão nas Organizações de Saúde

A função da gestão baseia-se na interpretação de propósitos organizacionais, através das ações de planeamento e controlo. Para o autor Manuel de Brito (2009:120), com a introdução de uma cultura de gestão empresarial nos hospitais valorizando a eficiência da organização, veio trazer ruturas no modelo até recentemente vigente, suportando-se numa visão clássica da gestão, que dava especial atenção à dimensão técnica dos profissionais de saúde.

É consensual para diversos autores que a gestão hospitalar deve centrar a sua atuação para o doente, naquilo que são as principais dimensões na prestação de cuidados de saúde, a efetividade, a acessibilidade, a equidade, a eficiência, a segurança do doente, a aceitação e focalização no doente.

Seguindo a linha de raciocínio do antecedente parágrafo, sustenta João Catarin Mezono, (2001:12) que a *Escola Clássica de Administração*, anteriormente amplamente disseminada e utilizada em organizações burocráticas, foca-se nas operações internas da organização, dando enfoque ao “... método, a medida e o padrão.”, para o autor, a aplicação deste modelo às organizações de saúde relevou-se desastrosa em virtude da natureza específica dos serviços e dos recursos humanos envolvidos, a Segunda Guerra Mundial deu curiosamente um contributo proeminente para melhor entendimento do processo de tomada de decisão, surgindo desta forma, a *Escola Neo-clássica*, caracterizada como escola comportamental, que é hoje aplicada a muitas das organizações modernas, valoriza a organização enquanto sistema social assumindo uma complexidade de “... valores, motivos, atitudes (...) estratégicas democráticas...”, assumindo caráter estruturalista como sistema de responsabilidade, privilegiando as relações organizacionais externas com a envolvente.

Na mesma linha de discussão, segundo o autor Charles Austin, a gestão na saúde reveste-se em, “... planejar, organizar, dirigir, controlar, coordenar e avaliar os recursos e procedimentos pelos quais a procura por cuidados médicos e de saúde, e as necessidades de um ambiente saudável são atendidos, mediante a provisão de

*serviços a clientes individuais, organizações e comunidades.”*² (apud. Mezono, 2001:15)

Numa perspetiva genérica, quanto ao conceito de gestão, são vários os autores que deram contributo na definição teórica, segundo João Bilhim (2008a), a gestão para a ciência da administração, deve ser entendida como uma área de ensino e de investigação sobre os problemas específicos das organizações, que ajude os decisores a encontrar caminhos que orientem as suas tarefas direccionadas para decisões corretas com critério de eficiência.

Para Peter Drucker (apud. Bilhim, 2008:45), um dos autores mais reconhecidos e que mais análise dedicou ao estudo desta temática - a gestão deve ser entendida como ação de organizar recursos, para alcançar realizações, o gestor deve ter como objetivo, tornar possível a previsão de comportamentos, assim como, ter a capacidade analítica de avaliar a implementação de uma tomada de decisão antes da sua aplicação, efetivamente a gestão e a tomada de decisão assumem caminhos paralelos, segundo Peter Drucker (2008), existem oito campos de atuação onde o gestor deve centrar a sua liderança na implementação da gestão, que são: “...mercado; inovação; produtividade; recursos físicos e financeiros, rentabilidade; realização e desenvolvimento dos gestores; realização e atitudes dos empregados e, finalmente, responsabilidade pública.”, a gestão como dinâmica organizacional deve ser então, orientada para os recursos da organização, gerando uma visão estratégica para a mesma.

Especificamente quanto à gestão de organizações hospitalares, Gustavo Malagón-Londoño (2003), suporta, que a gestão de um hospital moderno, possui características diferenciadas daquelas de um hospital antigo, hoje os hospitais são concebidos como, “... empresas prestadoras de serviços de saúde...”, sendo que as mesmas deve estar, “... dispostas a operar em um mundo de competência e de qualidade.”, e essa mesma competência deve estar solidificada sobre os seguintes pilares; “...planeamento, organização, satisfação do trabalhador, orçamento, avaliação de gestão, disponibilidade de retroalimentação e ética.” (Londoño, 2003:5)

Da mesma forma, a gestão hospitalar, como sustenta João Mezono (2001:16), o autor configura que a complexidade da gestão hospitalar está relacionada com o tamanho e com a sua missão, atendendo aos gestores uma capacidade na coordenação de uma vasta rede de serviços, alguns deles, “... exigindo complexa tecnologia e outros dependendo de cuidadosa atenção para fatores pessoas, sociais e culturais.”, necessitando desta forma, que os decisores hospitalares estejam

² (Tradução nossa)

suportados de uma equipa multidisciplinar, para a preservação da qualidade dos serviços, assim como numa alocação eficiente dos recursos.

A gestão de uma organização independentemente de a mesma ser um hospital ou não, engloba sempre profissionais que tenham funções de planeamento, responsabilidade e que desempenham um controlo, existem três níveis de gestão de acordo com a literatura, sendo estes: - *Nível Institucional*: possui forte componente estratégica, corresponde por norma ao CA; - *Nível Intermédio*: é neste patamar de gestão em que são aplicados programas específicos na transferência de recursos, é também, neste nível de gestão, onde podemos encontrar, os diretores de departamentos ou de serviços como acontece em contexto hospitalar; - o último patamar da pirâmide organizacional, é tido pela diversa literatura como o; - *Nível Operacional*: neste patamar, é onde são executados procedimentos rotineiros e técnicos, a (Figura nº.1) faz uma ordem hierarquizada dos níveis de gestão a que as organizações tendencialmente respeitam;



Figura nº.1 – Níveis de Gestão de uma Organização – (Elaboração própria)

O Relatório da Deloitte – *Saúde em análise, Uma visão para o futuro* (2011), enfatiza alguns dos problemas decorrentes da gestão hospitalar, onde é proposto um imperativo para uma “... *responsabilização efectiva das estruturas de administração* ...”, assim como, da relevância para as ferramentas de apoio à gestão, que auxiliem o processo da tomada de decisão nas organizações hospitalares, traduzindo-se em consequentes poupanças, e ganhos de eficiência, ainda para o mesmo relatório, a gestão nas organizações de saúde enfrentam vários problemas como; “...*A falta de coordenação interna; A má gestão e o subaproveitamento da informação disponível; A*

gestão ineficiente dos recursos disponíveis; A acumulação de dívidas a fornecedores.”

A gestão hospitalar e a tomada de decisão hospitalar, assumem um espaço comum, tomar decisões é definir objetivos e os recursos da organização, todavia há que ter em consideração o contexto específico hospitalar, nesta perspetiva, os autores Stephen M. Shortell e Arnold D. Kaluzny (2000:12), defendem que as organizações de saúde nomeadamente as hospitalares possuem características únicas e diferenciadas de outros tipos de organizações, particularmente diferente de organizações industriais, nas organizações de saúde, o trabalho envolvido é mais variável e complexo, o trabalho permite pouca tolerância para ambiguidades ou erros tanto a nível administrativo como clínico (assim como os controladores de tráfego aéreo), as atividades de trabalho são extremamente interdependentes, requerendo desta forma altos índices de coordenação entre os diversos grupos profissionais, o trabalho envolve altos conhecimentos de especialização, os participantes organizacionais, possuem genericamente todos uma formação elevada, não existindo desta forma um diferencial entre os profissionais significativo no que toca ao grau de qualificações, é recorrentes, especialmente nos hospitais, a existência de linhas de autoridade paralelas, que criam diversos problemas de coordenação.

A gestão da saúde em organizações hospitalares, afigura-se de incessante reconfiguração, existe uma evidente inter-relação entre *Escolas de Gestão* e a liderança adotada pelos decisores.

2.1.2 Teoria e Cultura Organizacional

A Teoria Organizacional é uma disciplina de gestão e administração, situa-se numa perspetiva macro, caracterizada pela observação, como veículo de análise, é utilizada em diferentes contextos científicos, como a Sociologia, a Antropologia, a Psicologia e a Ciência Política, vários são os estudos organizacionais que deram origens a diferentes teorias e metáforas.

Na conceção de João Bilhim (2008a), a teoria organizacional trata da relação entre a organização e a sua envolvente externa e interna, a envolvente traduz-se em desafios para a organização, sendo exigido às organizações uma forte disponibilidade adaptativa. A noção de organização pode ser ainda, aplicada a estruturas institucionais, mas também estão associadas a determinados processos sociais de conduta, é neste último ponto, que é desenvolvido parte das tomadas de decisão.

Ainda, segundo o mesmo autor, sustenta João Bilhim (2008b), que a definição de organização, embate na necessidade imperativa de interação entre os elementos

da organização, esta noção de estrutura organizacional é composta por um conjunto de variáveis, sobre as quais os administradores e gestores fazem escolhas e tomam decisões, toda a estrutura organizacional, possui um desenho organizacional (específico ao seu meio de atuação ou atividade), que enfoca no funcionamento e nas mudanças geradas pela organização, de modo a atingir os fins a que se preparam, o desenho organizacional retrata assim, a configuração estrutural da organização³, quais os órgãos e as quais as dinâmicas estabelecidas de independência e autonomia.

Qualquer organização é também, um sistema composto de vários subsistemas interrelacionados, que implicam cada vez mais estruturas suportadas em modelos decisórios em contexto económico e tecnológico, este ponto será posteriormente por nós discutido.

Em suma, qualquer organização independentemente da sua dimensão, ou natureza, reúne um conjunto de processos de organização que são universais, que leva as organizações a uma tentativa incessante na concretização dos objetivos definidos, podemos sinteticamente, estabelecendo características comuns a qualquer organização, sendo as mesmas: haverá sempre o imperativo de uma *Unidade de comando*, normalmente desempenhada por gestores de topo, havendo, *Subordinados que reportem informação a superiores*, cabendo à unidade de comando coordenar as atividades; *Paridade entre autoridade e responsabilidade*, ou seja a responsabilidade atribuída a um colaborador da organização, não pode ser superior à que está implícita ao superior que delega as mesmas; *Princípio escalar e cadeia de comando*, a autoridade deve ser difundida, deste o gestor de topo até à base operacional da organização, numa linha clara e ininterrupta dependendo evidentemente da amplitude de controlo existente na organização. (Teixeira, 2010:100)

Para Schein (2004), a cultura organizacional é um fenómeno dinâmico de carácter abstrato, de constante mudança, gerada pelas interações com os outros profissionais da organização, formulando um comportamento de liderança nos decisores, influenciando as estruturas, as rotinas, as regras e as linhas orientadoras comportamentais, assim como, a missão da organização, das estratégias, e das filosofias, inculcando perceções e sentimentos aos profissionais das organizações, o gestor desta forma, deve ter presente, a perspectiva evolucionária do fenómeno, a cultura organizacional e os seus processos são adaptativas e carecem de limitações.

A cultura organizacional como conceito, é vincadamente abstrata, mas o comportamento e as atitudes consequentes são visivelmente concretas.

³ Ver capítulo II – Estrutura e Desenho Organizacional

A cultura organizacional e a liderança assumem um espaço paralelo, padrões culturais de comportamento de uma organização, reproduzem um determinado tipo de liderança e consequentemente afetam intimamente todo processo de tomada de decisão destas organizações.

2.2 Tomada de Decisão

2.2.1 Conceptualização da Tomada de Decisão

A tomada de decisão tem sido alvo de inúmeros estudos, que têm suscitado a atenção e pesquisa de investigadores das mais variadas áreas do conhecimento científico, todavia sob o ponto de vista académico, é uma área de estudo recente, a tomada de decisão é decisiva para o ser humano, dando-lhe um arbítrio fundamental para a sobrevivência do mesmo, assim como das organizações, é um processo genérico e dinâmico, é tão antigo como a formação de qualquer grupo humano.

Em torto da definição da tomada de decisão, destaca-se a nível nacional, as investigações de João Bilhim (2008a:307), tendo o autor sugerido conceptualmente: *“...A tomada de decisão não é mais do que um processo de escolha racional entre alternativas, tendo em vista metas específicas. Neste processo, o decisor deve analisar todas as alternativas possíveis, e escolher aquela que permite maximizar a ação face aos objetivos desejados.”*, sustenta ainda o mesmo autor, que a tomada de decisão é parte integrada na vida de qualquer organização, seja ela pública ou privada, sendo que *“... a competência nesta área, mais do que outro tipo de competência, diferencia os gestores quanto à sua eficácia.”*, a relevância da tomada de decisão no contexto organizacional encontra-se desta forma ligada a boas ou más práticas de gestão. (Bilhim, 2008b:191)

Ainda assim, não é consensual para aquilo a que deve corresponder uma boa decisão, para alguns autores uma boa tomada de decisão, *“... é uma escolha feita por consenso ...”*, no entender de outros autores, uma decisão deve-se convencionar numa *“... escolha que não provoca reações desfavoráveis aos que são afetados por ela.”*, ainda existe aqueles, que sustentam que deve ser, *“... a escolha que oferece as melhores garantias de cumprimento do objetivo.”*, esta diversidade de pontos de vista, acrescenta uma complexidade à temática que nós é entusiasmante, desta forma, fica claro que para o autor João Bilhim, que: *“...Não existe acordo geral e universal sobre o que é uma boa decisão, ou mesmo, sobre a melhor abordagem na tomada de decisão.”*, porém, é possível estabelecer várias abordagens relativas à tomada de

decisão, assim como identificar, quais as competências necessárias a boas prática na tomada de decisão por parte de decisores (Bilhim, 2008b:191).

Até recentemente, a abordagem prevalecente quanto à tomada de decisão, seria de que a mesma deveria incidir sobre técnicas quantitativas como a estatística e a matemática, de acordo ao encontro da *Escola Clássica da Administração*, como já anteriormente discutida, o paradigma da tomada de decisão assim mudou, dando agora, um maior enfoque na decisão por si só, ou seja, reconhecendo nela uma multiplicidade de variáveis e de conhecimentos diversos, é neste contexto que João Bilhim sustenta:

“É importante salientar que a decisão é um meio para atingir um fim, e não um fim em si mesma. O fim é, naturalmente, o resultado da escolha, ou seja, a obtenção do objetivo que esteve na base do processo de tomada de decisão. Para a compreensão interdisciplinar do processo de tomada de decisão, as ciências sociais – sociologia, psicologia e antropologia -, são tão importantes como a matemática e a estatística.” (Bilhim, 2008b:191)

De acordo com Barrett (2006), a formulação das tomadas de decisão, estão profundamente correlacionadas com o crescimento do individuo na sociedade, a decisão tem como função essencial permitir ao indivíduo agira e atuar em determinadas circunstâncias, a tomada de decisão é então, influenciada por uma *cultura partilhada* com os restantes indivíduos de uma determinada sociedade, tendo por norma, crenças similares, à medida que o indivíduo vai evoluindo pelos vários estádios de crescimento e de maturação intelectual, fruto de vivências acumuladas, vai adaptando a sua visão do mundo, formulando um padrão nas decisões constantes, tendo sempre como contexto os processos incontornáveis do condicionamento cultural, a citação abaixo evidenciada explicita que;

“... quando necessitamos tomar decisões numa realidade de existência mais ampla ou global, com pessoas que passam por processos de condicionamentos culturais diferentes e não partilham das nossas crenças, então as crenças já não são um modelo válido para a tomada de decisão coletiva. Nestas condições, as nossas crenças separam-nos uns dos outros.” (Barrett, 2006:187)

Neste contexto acima citado, a tomada de decisão, formulada por indivíduos com crenças diferenciadas deve ser realizada, sob via dos valores, conceitos que transcendem todas as sociedades, comuns a toda a humanidade.

Para Barrett (2006), o espaço mental das tomadas de decisão, deve ser os valores, o que liberta-nos das crenças e diminui as amarras dos condicionalismos culturais. Ainda segundo Barrett (2006), estabelece que a tomada de decisão é baseada nas nossas crenças conscientes ou subconscientes, e as mesmas estão relacionadas com as satisfações das necessidades, sejam elas de carácter individual ou coletivas⁴, crenças estas, que para o autor são geradas como reflexo do nosso condicionamento pessoal e cultural, que atuam a fim de melhorar a estabilidade e equilíbrio interno do indivíduo.

Crenças, essas que são geradas pelos valores, que refletem as normas culturais vigentes, ou seja, normas que não se expressam meramente em mandamentos e proibições, são também influenciadas pelos processos religiosos e filosóficos, marcando como se processa a vida humana, para Barrett (2006) é, “... *no convívio com os outros seres humanos e, nas decisões que se tomam, exprimem-se determinados princípios.*”, sendo que, os valores são interiorizados, havendo um carácter normativo de obrigatoriedade na adequação dos valores, este carácter implicitamente, introduz sanções normativas, impostas pela sociedade ou geradas no interior do indivíduo, sob forma de desconforto psicológico (Almeida, 1996:12).

Os valores nas organizações, são inspirados nos valores da sociedade e são esses valores organizacionais, em que são suportadas as tomadas de decisão, a sociedade influência desta forma, indiretamente a vida das organizações, os valores organizacionais são também influenciados pela ética, não apenas representados pela responsabilidade civil a que está sujeita hoje qualquer organização, devido ao escrutínio público, e principalmente as organizações de saúde, por um conceito mais lato de espírito comunitário, esta dimensão é essencial para os valores organizacionais.

Para Peter Drucker (2001), as tomadas de decisão devem ser concentradas simplesmente naquelas que são realmente importantes para a organização, o decisor deve, encontrar variáveis constantes da situação em análise, uma decisão eficaz não deve ser rápida, sob pena em incorrer num raciocínio pouco rigoroso e de limitada maturação. Importa também distinguir, decisão de intenção, ou seja, uma decisão pode incidir numa mera intenção, a seguinte citação de Peter Drucker aborda precisamente esta questão;

⁴ Desenvolvido no capítulo II – Motivação e Satisfação Profissional

“... As pessoas eficazes sabem quando uma decisão deve-se basear em princípios e quando esta deve ser tomada devido aos méritos do caso e da pragmaticidade. Sabem que a decisão mais difícil é aquela entre o compromisso certo e o errado e têm de aprender a distinguir um do outro. Sabem que a iniciativa que mais consome tempo no processo não é a decisão, mas aplicá-la.”
(Drucker, 2001:119)

Outros autores demonstram, a complexidade que decidir acarreta, os autores Noel Tichy e Warren Bennis (2010), advogam que o decisor fica irremediavelmente sempre dividido entre a sua impotência individual, e as fortes restrições do mundo exterior, a decisão tem também, como particularidade para estes, dar aos destinatários das consequências das decisões a possibilidade de enfrentarem o mundo real, para os autores, a decisão em última instância está profundamente ligada á vontade humana e assume um carácter inconsciente, através desta, o ser humano tem evoluído e transformando o seu mundo, a decisão está dividida, entre a consciência dos determinismos e o sentimento da liberdade de pensamento, numa sociedade que é cada vez mais superdeterminada, assim Noel e Warren (2010), afirmam que;

“...A decisão está dividida entre a consciência dos determinismos e a volúpia da sua liberdade, o homem comum deseja apaixonadamente acreditar na decisão, bóia de salvação ideológica, intermediário obrigatório entre a liberdade e o determinismo, oposição ela própria ideológica.” (Tichy; Bennis, 2010)

A tomada de decisão permite, ainda na opinião destes autores, criar uma ferramenta de responsabilização, ou seja, quer seja no reconhecimento do sucesso ou na responsabilização na ocorrência de insucessos.

Segundo Sebastião Teixeira (2010), a tomada de decisão implica sempre um determinado grau de certeza e de riscos associados, ou seja, *“... as decisões tomadas por qualquer gestor se situam sempre num ponto dum intervalo contínuo entre a certeza e a incerteza.”*, o grau de certeza ou incerteza está relacionado com a informação, na posse do decisor em cada momento, em caso de elevado grau de incerteza, o decisor incorre numa situação de risco percecionado, para o autor, em qualquer circunstância por mais informação disponível, a tomada de decisão é sempre caraterizada pela incerteza, envolvendo sempre riscos associados, esta noção embate, precisamente no próximo ponto da revisão da literatura, em que uma

aplicação sob via de um processo na tomada de decisão ajuda a restringir riscos e incertezas. (Teixeira, 2010:81)

Para Miglioli, as decisões deve ser consideradas como atos de poder, já que as mesmas definem, “... *estratégias, deslocam recursos, conduzem o destino de organizações e de pessoas ... os decisores assumem uma dimensão política semelhante à de um Governo.*” (apud. Braga 2010:13)

Muitos são os estudos que fazem uma esquematização daquilo a que deverá corresponder os princípios básicos da tomada de decisão, mas poucos especificamente para as organizações burocráticas hospitalares, por via do consenso esquemático por nós interpretado, é possível realizar uma esquematização global que pode ser adaptado a qualquer organização; 1 – *Acreditar no processo*, as tomadas de decisão deve ser funcionais e derivadas de ocorrências diárias, um líder que acredite plenamente nos processos, está seguramente mais preparado para qualquer ocorrência inesperada; 2 – *Seguir o instinto para qual o melhor momento para atuar (ou não atuar)*, a habilidade para reconhecer o grau de confiança que um líder possui no seu próprio instinto, deve ser uma das principais características dos decisores; 3 – *Reconhecer que por vezes é necessário adaptar e modificar os processos na tomada de decisão*, adotar modelos de decisões constantemente semelhantes, pode trazer riscos associados, sendo que a oportunidade em modificar convenções passadas é um valioso teste às forças e a flexibilidade das equipas administrativas (Ross, *et al.* 2002:235).

2.2.2 Etapas do Processo da Tomada de Decisão

Na abordagem de Peter Drucker (2001), aos passos do processo da tomada de decisão, o autor refere cinco etapas revelantes e que devem ser consequentes, sendo estas: (1º) - A percepção concreta do problema na sua globalidade, estabelecendo uma decisão que o resolva, sob forma de uma regra simplificada, um princípio fundador; (2º) - Definir quais as especificações que a resposta deve externar; (3º) - Definir qual a solução que irá satisfazer na plenitude as especificações, sem olhar a adaptações e concessões na decisão final; (4º) - Seleção, dentro do processo de decisão, qual a ação a ser efetivamente tomada; (5º) - *Feedback*, que teste a eficácia e validade da decisão, fazendo uma análise do natural decurso dos acontecimentos. Estas cinco etapas são para Peter Drucker os passos fundamentais a seguir na adoção do processo efetivo de decisão.

Já os autores Hersey e Blanchard (1986:11), acreditam que os ingredientes para a eficácia na liderança, e na consequente tomada de decisão, assentam em três níveis de especialização: (1.) *Entender o comportamento passado* – perceber quais os comportamentos caraterísticos para determinadas decisões, os padrões comportamentais do indivíduo, e dos grupos tendem a ser estáveis durante um largo período temporal; (2.) *Prever o comportamento futuro* – é importante entender o histórico comportamental de subordinados, mas mais importante ainda, é perspetivar comportamentos futuros; (3.) *Orientar, mudar e controlar o comportamento futuro* – é fundamental o decisor assumir-se como agente que tem como responsabilidade influenciar, modificar e controlar comportamentos.

Para Herbert Simon (1976), a tomada de decisão equivale à gestão e segundo o autor, existem três fases no processo de tomada de decisão: (1.) *A informação* - decisiva para uma melhor compreensão do problema, assim como do surgimento de ideias; (2.) *Conceção* – invenção, desenvolvimento e descoberta das hipóteses de ação; (3.) *Escolha* – A seleção concreta da alternativa escolhida entre as demais que foram encontradas.

Segundo C. Chase (1992), o processo de decisão baseia-se em cinco etapas; (1.) *Considerar ou analisar o problema*, definir os objetivos; (2.) *Consultar todos aqueles que são abrangidos pela decisão*, envolvendo-os no processo; (3.) *Comprometer*, de forma a assegurar que serão desencadeadas todas as ações necessárias à decisão; (4.) *Comunicar*, para que todos entendam o que foi decidido e porquê; (5.) *Controlar*, assegurando, assim que a decisão funcione através de uma liderança atuante.

É verificável, que em todas as propostas do processo de tomada de decisão, são possíveis encontrar fases comuns, onde existem sequências no processo que são lineares a todos os processos propostos, no estudo realizado por Giles e Stanfield (*apud* Nogueira, 2004:66), existem sete fases que são comuns a todas propostas, elas são: (1.) *Perceção da situação*; (2.) *Análise e definição do problema*; (3.) *Definição dos objetivos*; (4.) *Procura de alternativas de soluções*; (5.) *Avaliação e comparação dessas alternativas*; (6.) *Escolha da alternativa mais adequada*; (7.) *Implementação da alternativa escolhida*. Etapas estas, que escolhemos como adequadas para introduzir no nosso questionário realizado a decisores hospitalar quanto à sua importância.

Existe, um conjunto alargado de condicionantes na aplicabilidade no terreno do processo de tomada de decisão, de acordo com a teoria clássica da tomada de decisão, devem existir um conjunto de pressupostos na tomada de decisão (Quadro nº2);

		Condicionantes na aplicabilidade no terreno das tomadas de decisão
Objetivos claros e previamente definidos	Em qualquer processo de tomada de decisão, os objetivos são pré-determinados de uma forma clara e inequívoca. Não é previsível a ocorrência de situações onde os objetivos sejam difusos, pouco claros, conflituosos entre si, ou onde exista desacordo relativamente a eles.	Em muitas situações de tomada de decisão, os objetivos não são claros e pré-determinados. Muitas vezes, o problema central da tomada de decisão consiste, precisamente, em determinar qual, ou quais os objetivos que são mais importantes ou prioritários. Por exemplo, quanto uma organização se toma uma decisão relativamente à sua estrutura (criação de novas estruturas ou alteração das existentes), os decisores podem confortar-se com a necessidade de definir se as alterações deverão maximizar os lucros, aumentar as vendas, facilitar o desenvolvimento ou a estabilidade a longo prazo, ou se deverão minimizar os custos, diminuir a rotação, etc.
Todas as alternativas são consideradas	Os decisores têm de prever e avaliar todas as alternativas possíveis. O processo de tomada de decisão é um processo exaustivo, onde nenhuma solução potencial é excluída da análise ou esquecida.	Relativamente ao segundo pressuposto da teoria clássica, também não é claro que seja possível que o decisor identifique e considere todas as alternativas possíveis. Em muitos casos, são na maioria, seria mesmo impossível fazê-lo (quer sob o ponto de vista das capacidades cognitivas do decisor, quer sob o ponto de visto do elevado grau de incerteza envolvido em muitos processos de tomada de decisão.
Todos os resultados possíveis são tidos em conta	Esta teoria defende que todos os resultados possíveis, associados á totalidade das alternativas, são considerados pelo decisor.	Pelos mesmos motivos que levam a considerar que é impossível que os decisores identifiquem todas as alternativas, também não é possível que os mesmos tenham em conta todos os resultados.
A informação disponível é completa e gratuita	Os decisores possuem, ou podem obter (sem custos adicionais), informação completa e perfeita que lhes permita: Conhecer o valor de todos os resultados que podem ser obtidos através da escola das diferentes alternativas; Saber a probabilidade de que a cada alternativa corresponda um determinado resultado.	A informação completa e perfeita não só não está sempre disponível, como também a sua posse implica geralmente custos.
Os decisores são racionais e maximizadores	Os decisores atuam de uma forma completamente racional. A racionalidade total, resulta na decisão ótima, ou seja, na escolha da alternativa que maximiza os resultados	Os decisores não se comportam como maximizadores racionais. Para aceitar este pressuposto da teoria clássica, teríamos que aceitar também que o ser humano possui capacidades ilimitadas (de armazenamento e processamento de informação. Na verdade, a psicologia demonstrou que os indivíduos não possuem tais capacidades. O ser humano tem capacidades limitadas.

Quadro nº2. - Pressupostos da Tomada de Decisão para H. Simon - (H. Simon *apud*. Bilhim 2008:307)

a) Tipo de Decisões

As decisões de acordo com Audy *et al.* (*apud* Nogueira, 2004:76), assumem três variantes, sendo elas: (a) *rotineiras*; (b) *adaptativas* e (c) *inovadoras*, cada tipologia de decisão, é adaptada em função do problema, ou seja, uma decisão rotineira é aplicada num contexto onde existe um elevado grau quanto à solidez do problema, nestas são em norma estabelecidas decisões *standard* já anteriormente utilizadas, não estão sujeito a múltiplas interpretações.

As decisões adaptativas, assumem perigos associados a riscos, requerem modificações e reformulações nas práticas de decisão até ali realizadas, exige disponibilidade por parte das organizações para as mudanças observadas, promovendo assim melhorias incrementais.

As decisões inovadoras, são decisões de teor inovador, são aplicadas num cenário de alto grau de incerteza, havendo a ocorrência de probabilidades subjetivas, são de carácter criativo e exploratório, este tipo de decisões devem ser implementadas num alargado período temporal, para assim, estarem devidamente sujeitas à sua validade e comprovação.

No seguimento contextual, Frank Harrison⁵ (*apud*. Bilhim, 2008b:193), faz um esquema, em que divide em dos tipos básicos as decisões tomada pelos decisores, e em que os decisores devem olhar de modo diferenciado para estes dois tipos de decisão, e que são precisamente as decisões de cariz rotineiras e não rotineiras (Quadro nº.3);

	Decisão Tipo I Rotineira	Decisão tipo II Não Rotineira
Classificação quanto a:	Programáveis, rotineiras, genéricas e computacionais.	Não programáveis, únicas, criativas e inovadoras
Estrutura	Processual, previsível, relação segura entre causa-efeito, repetitiva; ocorre no quadro da tecnologia existente; canis de informação bem definidos de decisão.	Nova, não estrutura, complexa, relação incerta entre causa-efeito; não repetitiva; canis de informação não definidos; informação incompleta; desconhecimento dos critérios de decisão.
Estratégia	Apoia-se em regras e princípios; resposta conhecida e pré-fabricada, processo uniforme; técnicas computacionais; métodos aceites para lidar com prazos de produção, afetação de trabalhadores, estimação de	Apoia-se em juízos pessoais, opções, intenções e criatividade; processo individualizado; técnicas humanistas para resolver problemas; uso de regras de algibeira.

⁵ Fonte original: *The Managerial Decision-Making* de E. Frank Harrison.

	custos	
--	--------	--

Quadro nº.3 - Dois tipos básicos da Tomada de Decisão segundo E. Frank Harrison -
(Harrison, *apud.* Bilhim 2008b:193)

Apesar de ser consensual existirem, dois grandes tipos básicos de decisão, existe outros autores que têm apresentado tipologias diferentes, mas que em última análise, podem ser sempre simplificadas e unificadas, ainda assim, é importante referir diferentes abordagens, sendo que, para Delbecq (*apud.* Bilhim, 2008b:192), as decisões pode ser rotineiras, criativas e negociadas; para Mintzberg existem as decisões; empreendedoras, decisões adaptativas e decisões planeadas, o autor Thompson, sustenta que existem decisões computacionais, decisões de juízo, decisões de compromisso e decisões inspiracionais.

Como sustenta Neves (2004), as decisões tomadas num nível institucional, são geralmente decisões não programadas (Não rotineiras), que podem ser também apelidadas como estratégicas, são decisões formuladas numa área organizacional afastada do interior da organização, por estas serem geradas em virtude de fontes de informação externas, suportando riscos associados.

Antagonicamente, as decisões programadas (Rotineiras), são apenas nos níveis operacionais da organização, são específicas, e o seu grau de atuação é de curto prazo, em que o grau de imprevisibilidade é reduzido, sendo que esta previsibilidade é no entanto, volúvel numa organização hospitalar, onde “...as atuações imprevisíveis a que diariamente estão sujeitos os seus profissionais tornam todo o ambiente organizacional numa permanente fonte de incertezas.” (*apud.* Nogueira, 2004:81-82).

A decisão pode assim ser distinguida, entre decisões programáveis e não programáveis, citando Herbert Simon;

“... entre decisões programadas e não programadas, as quais se situam em lados opostos de um contínuo. As decisões são programadas na medida em que são repetitivas e rotineiras. Pelo contrário, são não programadas na medida em que são novas e não estruturadas, em que, não se baseiam em métodos conhecidos para lidar com os problemas. As técnicas tradicionais de decisão programada assentam no hábito, nas rotinas burocráticas e nos procedimentos operacionais standardizados. As técnicas tradicionais de decisão não programada assentam na seleção de técnicos com determinados graus de competência e formação.” (*apud.* Bilhim, 2008b:76)

Seguindo o pensamento do autor, fica assente que quanto mais uma organização é auto-organizada, mais recorrentemente são aplicadas decisão não programas. Ainda para João Bilhim (2008b:193), as decisões rotineiras, por serem previsíveis implicam gastar menos recursos financeiros, alcançando desta forma, uma maior eficácia e eficiência, sendo que as decisões não rotineiras, implicam um maior grau estratégico, ou seja, implicam um maior conhecimento daquilo que é a missão da organização, relaciona-se com toda a organização, não fragmentando enfoques analíticos, existe o esforço em integrar as demais áreas funcionais da organização, relacionam-se com a direção das atividades. Para o autor é nestas decisões de caráter não rotineiras que depende a sobrevivência e o sucesso futuro da organização.

João Bilhim (2008b) faz ainda sob a forma de quadro, uma simplificação daquilo que são as técnicas de tomada de decisão, indo ao encontro daquilo já aqui discutido inclusivamente por outros autores. (Quadro nº4.);

Decisões a tomar	Tradicionais	Modernas
Programadas Decisões repetitivas e de rotina. A organização desenvolve processos específicos para trata-las.	1. Hábito 2. Rotina administrativa: Procedimentos padronizados de operação. 3. Organização estruturada: Expetativas comuns; Um sistema de sub-objetivos; Canais de informação bem definidos.	1. Investigação operacional; Análise matemática; Modelos, Simulação computacional 2. Processamento eletrónico de dados
Não Programadas Decisões políticas mal estruturadas. Trata por processos gerais de resolver problemas	1. Julgamento, intuição e criatividade. 2. Normas práticas. 3. Seleção e formação de executivos	Técnicas heurísticas de resolver problemas aplicado a: a) Formação de indivíduos que tomam decisões; b) Montagem de programas heurísticos de computadores.

Quadro nº4. – Técnicas de Tomada de Decisão - (Bilhim, 2008b:194)

As últimas etapas do processo da tomada de decisão relevam dificuldades evidentes a qualquer gestor, de fato, uma decisão aparentemente brilhante e conciliadora pode vir a transformar-se num mera boa intenção.

O autor John A. Barnes (2007), ressaltou, a este propósito para a importância crucial da necessidade do decisor sentir-se plenamente confortável com todo o

processo de etapas da tomada de decisão, devendo existir confiança nas escolhas finais, apesar da imprevisibilidade presente, para Barnes, no desfecho de uma tomada de decisão o mesmo refere que. “...*Não podes saber antecipadamente se uma decisão irá estar certa ou errada ou se irá situar algures entre estes dois extremos, mas queremos garantir que fizemos tudo o possível para chegar a uma escolha acertada.*” (Barnes, 2007:182).

Deixando agora, a perspetiva por etapas do processo da tomada de decisão, e olhando a quais as características sintomáticas do processo, o autor norte-americano John A. Barnes (2007), baseando-se no processo de tomada de decisão e no estilo de gestão de JFK, encontrou um conjunto de esquemas que são comuns a decisores bem-sucedidos na tomada de decisão, desenvolvendo assim, uma proposta para o desenvolvimento de um individual processo da tomada de decisão, que todos podem adotar na persecução de tomadas de decisão eficazes, eficientes e efetivas, o autor deixa assim as seguintes recomendações; *Encontrar o nosso estilo* – há que definir um estilo específico, adequado ao perfil de cada um, e que seja adaptável às circunstâncias específicas do meio, sendo que, “...*Nenhum processo é aplicável para todos os executivos em todos os momentos.*”; outra das recomendações deixadas pelo autor relaciona-se com a rotina e o ritmo individual, ou seja, *Entrar numa rotina e aprender a marcar o nosso ritmo* – o melhor momento para a tomada de decisões difere de indivíduo para indivíduo, existem períodos que são mais favoráveis, no entanto, se determinado decisor esteja formatado para pensar e refletir melhor durante o período da manhã, as decisões não devem ser tomadas no final do dia, parece algo lógico de acordo com as teorias comportamentais, mas por norma as organizações possuem horários e metodologias de trabalho standardizadas, devendo um decisor esquematizar processos individuais de rigidez e autodisciplina, que o ajudem assim a melhor sistematizar as ideias consoante os momentos mais favoráveis às mesmas.

Inclusivamente, um decisor caso se sinta confortável, poderá tomar decisões criteriosas para a organização enquanto realiza outras atividades que não laborais, a conduzir, a praticar desportos, etc..., deve desta forma, ser dando à mente liberdade analítica, não devendo a mesma cingir-se meramente ao espaço limitado de um escritório.

Outra das recomendações para as organizações é; *Participar em menos reuniões*, ou seja, um decisor deve incidir o foco das suas decisões somente naquelas que são verdadeiramente essenciais, afastando-se de muitas das reuniões realizadas na organização, algumas delas gerando meras intenções de trabalho, o decisor ao afastar-se destas, liberta minutos preciosos ao próprio, assim como atribui e delega

responsabilidade a colaboradores, o decisor deverá ainda assim, ter conhecimento das recomendações geradas nessas reuniões de trabalho; *Ir à fonte se necessitarmos de mais informação* – “...as pessoas ficam geralmente lisonjeadas quando superiores hierárquicos recorrem ao seu conhecimento especializado.”, os decisores devem incutir esta prática nas organizações, aumentando a motivação e empenho dos colaboradores, um decisor deve ter conhecimento específico dos colaboradores, ou seja, muitos indivíduos possuem talentos que abrangem outras áreas de especialização fora do âmbito da sua atuação profissional na organização, “... pelo que devemos reservar algum tempo para saber quais são.” desta forma, o decisor poderá fazer uma gestão de recursos interna mais inteligente, restringindo até eventuais processos de seleção e recrutamento desnecessários, em consequência de talento mal aproveitado na própria organização; *Tentar fazer com que as pessoas falem abertamente e de forma sincera* - esta recomendação é dependente evidentemente do clima organizacional e do tipo de liderança que cada organização dispõe, sabido é, que uma abertura total por parte dos colaboradores é sempre de difícil concretização, mas a mesma é essencial para obter informações válidas que auxiliem à tomada de decisão, deve-se assim incentivar uma política de abertura expressa na emissão de opiniões ou ideias livres, devendo o decisor porém, “... insistir em que justifiquem as afirmações quando os questionarmos em profundidade acerca da recomendação efectuada.”; a última recomendação deixada pela autor é; *Se necessário, deixar sair alguns conselheiros* – este ponto recai essencialmente na percepção que um decisor deve ter, em como nem todos estarão sempre satisfeitos com o nosso estilo de tomada de decisão, como tal, deve ser aplicado um processo em que alguns conselheiros adaptar-se-ão, outros simplesmente devem ser afastados do processo da tomada de decisão, para que assim não haja lugar a frustrações por não ter sido seguidos os seus conselhos⁶ (Barnes, 2007:202).

Após o estudo das várias fases teóricas (etapas) da tomada de decisão apresentadas pelos diversos autores, fica na clarividência fases comuns entre elas, como já anteriormente foi referido, a proposta que nos pareceu reunir mais objetividade e clarividência foi a de Giles e Stanfield (1990), apenas acrescentando pequenas alterações, chegámos a uma esquematização final, etapas estas, que foram utilizadas para indagar juntos dos inquiridos do estudo por nós realizado “Questionário – A Tomada de Decisão em Organizações Hospitalares”⁷ (Quadro nº5.):

⁶ Esta recomendação não é tida como consensual e universal de acordo com a literatura pesquisada, sendo que a mesma está relacionada com diferentes tipos de liderança – Ver capítulo II – Liderança.

⁷ ANEXOS – “Questionário – A Tomada de Decisão em Organizações Hospitalares (III – A Tomada de Decisão – Questão 3.1)

1.	Perceção da situação.
2.	Análise e definição do problema.
3.	Definição dos objetivos.
4.	Procura de alternativas de soluções.
5.	Avaliação e comparação dessas alternativas.
6.	Escolha da alternativa mais adequada.
7.	Implementação da alternativa escolhida.
8.	Avaliação dos resultados

Quadro nº5. – Etapas do Tomada de Decisão – Adaptação (Elaboração própria)

2.2.3 Modelos de Decisão

Sendo que o conceito de tomada de decisão assim como os seus processos inerentes, estarem sujeitos a um carácter implicitamente genérico das organizações, todavia, existe um ecletismo patenteado nas demais doutrinas ou estilos relacionados com diferentes modelos de decisão, estes, estão ligados a variáveis de natureza fundamentalmente cultural e institucional, todavia, qualquer dos modelos apresentam elementos comuns;

“...Os modelos podem ser matemáticos, sociais ou filosóficos, e envolver fenómenos físicos, emocionais, ou qualquer coisa capaz de analisar teórica. Para explicar o mesmo fenómeno há, por vezes, diferentes modelos e cada disciplina científica desenvolve, ao examinar um determinado problema, o seu próprio modelo de explicação.” (Bilhim, 2008b:196)

Os modelos de decisão têm sido objetivo de estudo e de análise de diversos autores, entre os quais se destacam: Graham T. Allison e E. Frank Harrison. Os modelos são de origem diversa, e assumem interdisciplinaridade, passemos então a apresenta-los:

a) Modelo Organizacional

No modelo organizacional ou neoclássico, o enfoque está no alcance concreto dos objetivos, segundo João Bilhim (2008b:198), o critério da decisão deve embater na satisfação da mesma, ou seja, este modelo pretende sobretudo alcançar uma solução que se revele *“suficientemente boa”*. Este é um modelo que reconhece limitações,

quais como: barreiras cognitivas, a informação, restrições financeiras e temporais. Os resultados neste modelo são orientados para o alcance de resultados imediatos.

b) Modelo Clássico

Também conhecido por modelo racional, assume uma natureza prescritiva, ou seja, enfoque está no alcance maximizado dos objetivos, de que a organização necessita ou espera por parte dos decisores, é tendencialmente suportada por via de técnicas quantitativas, assim, sustenta João Bilhim (2008b), *“...Opera em sistema fechado e tem como pressuposto o conceito clássico do “homo economicus”, ou o homem racional da moderna estatística e da teoria dos jogos ...”*, este modelo suporta-se desta forma, nas disciplinas da economia, da matemática e da estatística, como tal, é tendencialmente um modelo *“...mais adequado para a tomada de decisões ... repetitivas e rotineiras, não estratégicas.”*, este modelo de decisão é assim, profundamente ligado à lógica racional, tanto do indivíduo como da organização e é a base conceptual da *Escola Clássica da Administração*. (Bilhim, 2008b:197)

c) Modelo de Processo

Este modelo é fundamentado tal como o nome indica pelos processos, na persecução dos objetivos, é um modelo managerialista, é um modelo que agrega características de outros modelos, reconhece a relevância de técnicas quantitativas, assim como, de técnicas sociais suportadas nas ciências humanas, assumindo um pendão eclético, este modelo como sustenta João Bilhim;

“... o modelo de processo não deixa de utilizar algumas das técnicas do modelo racional, que realça o papel das disciplinas quantitativas, reduz a incerteza da decisão e comprara e avalia alternativas (...) pode também lançar mão das técnicas de negociação e compromisso, características do modelo político, para tornar mais aceitável uma escolha por um grupo de pressão.” (Bilhim, 2008b:201).

d) Modelo Político

Este modelo de decisão suporta-se essencialmente nas disciplinas da Ciência Política, da Filosofia e Sociologia, pois este é antagónico ao modelo clássico, neste as técnicas associados são as qualitativas, é um modelo para o qual, uma decisão deve ser aceitável. João Bilhim (2008b), ressalta, que este é um modelo incremental, a escolha da decisão assume pouca substância, ou seja, a escolha última é aplicável ao presente imediato, “...*Desenvolve-se uma cadeia de meios e fins; o que hoje é um meio, amanhã poderá ser um fim.*” este é assim, um modelo utilizado por muitos políticos, em que para uma tomada de decisão não é reunida uma informação exaustiva sobre o problema, não encontrando as demais alternativas existentes, pois o decisor esta antes focalizado numa decisão que esteja em conformidade com a linha de decisões já existentes, sendo necessário; “...*apenas a avaliação de um pequeno número de consequências importantes...*”, perante isto, este modelo assume um lado perverso em que a decisão ótima pode trazer resultados prejudiciais a quem as tomou.

Este modelo procura então, solucionar problemática a curto prazo, como são os ciclos eleitorais, este modelo pretende assim, minimizar a incerteza, “...*através da comparação dos resultados desejados com as políticas existentes.*” (Bilhim, 2008b:199).

2.2.4 Tomada de Decisão em Grupo

A tomada de decisão pode revestir-se num processo individual, e é nesta vertente que centrámos o nosso estudo, ainda assim, a tomada de decisão assume também um vertente grupal, em processos coletivos por via de escolhas consensuais entre vários indivíduos de uma organização, esta dualidade conceptual entre a tomada de decisão individual e em grupo foi um debate recorrente na literatura por nós revista.

Qualquer organização, nomeadamente as organizações hospitalares, possuem uma conjunto alargado de profissionais que intervém ativamente no processo decisório e na prossecução e cumprimentos dos objetivos organizacionais, em equipas de trabalho, tendo como exemplo máximo um conselho de administração, etc..., esta noção da tomada de decisão em grupo traz naturais desvantagens e vantagens comparativamente às tomadas de decisão individual de um decisor.

Segundo João Bilhim (2008b:202), existem duas razões principais para a aplicabilidade da tomada de decisão em grupo; “...*o aumento da complexidade organizacional que exige a intervenção de peritos em diversos campos...*”, este ponto insere-se, naquilo a que corresponde o ambiente hospitalar, com toda a sua

complexidade inerente, sendo que, uma tomada de decisão concebida em grupo é possivelmente geradora de um maior grau de conhecimento nela disposta, “...*duas cabeças pensam melhor que uma*”, é fatual, que a partilha de conhecimento é crucial numa organização hospitalar, já que as mesmas envolvem normalmente grandes quantidades de informação. A segunda fundamentação, de acordo com o autor trata-se de, “...*a implicação no processo de todos quantos serão chamados a implementar a decisão. Parece que se implementa e executa melhor quando se participou na tomada de decisão.*”, como é evidente as decisões formuladas em grupo traduzem-se por um maior grau de aceitação por quem as irá implementar, aumentando a motivação e satisfação dos grupos de trabalho, gerando uma melhor coordenação, sustenta Sebastião Teixeira (2010:70), “...*uma vez que as pessoas envolvidas têm menos dúvidas sobre a sua implementação e estão mais motivadas para a colaboração, nomeadamente interdepartamental.*”, tendo ainda, inclusivamente este processo decisório em grupo a vantagem de aniquilar ou restringir a atuação de decisores individuais com determinados “caprichos” indesejáveis para a organização.

Porém, há desvantagens na aplicação da tomada de decisão em grupo, que se podem revelar em inconvenientes problemáticos para a organização, quais como; maior quantidade de tempo despendido devido a indecisões prolongadas, ocorrentes quando não surge uma maioria significativa na escolha da decisão, isto traduz-se, em consequentes custos financeiros mais elevados para a organização; advoga João Bilhim, (2008b) que, “...*A decisão tende a ser pior do que se fosse tomada pelo membro mais qualificado do grupo.*”, assim como, pode ainda, “...*Constituir um obstáculo aos mais inovadores, por causa da tendência para a conformidade ao pensamento geral do grupo.*”, patenteadas as desvantagens a adoção da tomada de decisão em grupo, fica clarividente, que compete aos decisores hospitalares, suportarem-se nas vantagens, eliminando ao máximo todos os inconvenientes.

O autor Sebastião Teixeira (2010.70), invoca que existe diversas formas no intuito de melhorar todo este processo de tomada de decisão em grupo, utilizando nomeadamente; a técnica do *Brainstorming*⁸, o grupo nominal⁹, o método Delphi¹⁰ e de reuniões eletrónicas, tendo esta última recomendação, aspetos vantajosos devido a que inserem um maior grau de “...*anonimato, a honestidade e a rapidez.*”.

⁸ Refere-se Sebastião Teixeira, (2010) *Brainstorming*, como técnica geradora de ideias, utilizada em sessões em que os participantes apresentam espontaneamente hipóteses de soluções para os problemas.

⁹ Refere-se Sebastião Teixeira, (2010) Grupo Nominal, como técnica de decisões em grupo, utilizada em reuniões, em que os membros apresentam as suas ideias cara a cara de forma sistemática e independente.

¹⁰ Refere-se Sebastião Teixeira, (2010) Método de Delphi, técnica semelhante ao Grupo Nominal, excetuando na presença física dos membros do grupo de trabalho.

Em suma, a tomada de decisão individual ou em grupo envolve vantagens e desvantagens evidenciadas, ainda que, seja possível definir que tendencialmente, decisões de cariz rotineiras e previsíveis (Decisões Tipo I) que têm espaço nos níveis operacionais inferiores da organização, devem ser aplicadas no processo de tomada de decisão individual, inversamente nas decisões estratégicas da organização, efetuadas no topo hierárquico (Decisões Tipo II) devem ser elaboradas em grupo.¹¹

Grande parte da literatura trata esta questão como de eminentemente relevância, diversos autores referem que os decisores hospitalares que acreditam nas suas equipas de trabalho encorajando um espírito de união, desenvolvem desta forma uma atmosfera aberta permitindo a discussão e o debate, “... *Desenvolver um ambiente de confiança com a equipa e dar aos membros da mesma responsabilidade é parte fundamental para o crescimento. Boas equipas usualmente geram boas decisões.*”¹² (Ross et al. 2002:236)

¹¹ Ver capítulo I – Etapas do Processo da Tomada de Decisão - Gráfico 2 - Dois tipos básicos da Tomada de Decisão segundo E. Frank Harrison.

¹² (Tradução Nossa) “... *Developing a environment of trust within a team and providing team members room to grow is part of the responsibility. Good teams usually make good decisions.*”

2.2.5 Elementos e Fatores/Condicionantes nas Organizações para a Tomada de Decisão

Neste ponto, serão discutidos e conceptualizados os elementos e fatores/condicionantes nas organizações para a tomada de decisão, fazendo igualmente a sua aplicabilidade para as organizações hospitalares, as condicionantes aqui abordadas seguem a linha de investigação adotada, havendo garantidamente outros fatores/condicionantes que não foram discutidas, ainda assim, estão aqui reunidas um conjunto alargado das demais variáveis.

a) Influências Externas – Envolvente Organizacional

A sociedade é constantemente abalada por inúmeras correntes e movimentos sociológicos, muita vezes turbulentos e imprevisíveis, que modificam e reformulam vincadamente as ideologias dominantes, assim como as crenças, estas mudanças ocorridas na sociedade, marcam vincadamente as tomadas de decisão dentro das próprias organizações, já que as mesmas estão fortemente sujeitas aos ritmos de mudança da envolvente externa e são imperativamente obrigadas a adaptarem-se com sensibilidade e flexibilidade.

“...Até alguns anos atrás, os gestores não se preocupavam muito com o ambiente externo, pois este não parecia ter influência sobre eles e suas decisões (...) As organizações sofrem influência contínua das variáveis externas. A realidade nos mostra que as organizações não existem no vazio, sendo constantemente influenciadas, das mais variadas maneiras, pelas mudanças na sociedade.” (Hersey; Blanchard, 1982:172)

A envolvente organizacional insere assim, em um ambiente específico, onde a organização está inserida, representando para Sebastião Teixeira como um, “... conjunto de forças, variáveis ou instituições que lhe são externas e que de algum modo afectam o seu desempenho.”, esta envolvente organizacional é caracterizada fundamentalmente pela incerteza. (Teixeira, 2010:122)

Relativamente à volatilidade do mercado, outra das influências externas, para o autor Ross (*et al.* 2002:243), os sistemas de cuidados de saúde com intensa competitividade, requer mudanças dos processos de tomada de decisão, requerendo

desta forma, rapidez na elaboração das decisões dos decisores, antecedendo riscos futuros.

Outra orientação que nos parece relevante, afigura-se para a necessidade de transparência das organizações, devendo determinados processos específicos estar disponíveis ao escrutínio público, esta noção engloba-se no processo de implementação de práticas de qualidade, entre a organização e a própria envolvente externa.

b) Influências Internas – Cultura Organizacional

A cultura organizacional é um conjunto de pressupostos que a organização gera internamente, e fruto de adaptações sucessivas a problemas externos, que levaram a uma aprendizagem, formulando padrões básicos de comportamento, João Bilhim (2008a), caracteriza a cultura intrínseca de uma organização, como uma variável organizacional, em que a cultura organizacional é tida como;

“...A cultura organizacional é intangível, implícita, dada como certa, e cada organização desenvolve pressupostos, compreensões e regras, que guiam o comportamento diário no local de trabalho. Até apreenderem essas regras, os novos empregados não são aceites como membros plenos da organização.”
(Bilhim, 2008a:185)

Ainda para o mesmo autor, existem pressupostos que são inabaláveis e pouco suscetíveis de debate, toda a organização, possui valores fundamentais, inquestionáveis, este tipo de valores poderão incorrer em fortes condicionantes para a tomada de decisão. Alton C. Johnson e Rockwell Schulz (1976:158) referem que, a personalidade interna de um hospital é gerada pelas sensações e impressões dos profissionais, sendo que estes desempenham um papel crucial na formulação dos valores internos da organização, sendo que há que ter em consideração o fator tradição ou história passada.

c) Fator Temporal

Muitas vezes um decisor é confortado com um curto espaço temporal na formulação de uma tomada de decisão, o tempo surge assim, como um dos elementos que pode condicionar marcadamente uma decisão, já que nas organizações são

frequentes exigências de curto prazo, fruto do ritmo incutido e de questões concorrenciais, a rapidez de resposta, é uma exigência fundamental nos mercados.

O autor João Bilhim (2008b:194) sustenta que, neste contexto de rapidez, os decisores devem ponderar permanentemente sobre quais os melhores momentos para a aplicação das decisões, não basta apenas um decisor refletir, quanto aos custos associados, assim como, quanto aos respetivos riscos envolvidos, é igualmente importante estabelecer em termos temporais, o quando decidir.

O tempo disponível para decidir e implementar a tomada de decisão, implica, a que por vezes os decisores tenham que decidir pressionados, não conseguindo recolher toda a informação desejável e necessária. (Teixeira, 2010.83)

d) Informação e Comunicação Organizacional

O quadro organizacional de uma organização é baseado por um sistema de informação, integrando os vários elementos da organização, por vezes, a informação percorrendo os vários níveis hierárquicos, amplifica a informação de modo, a que desvirtua a mesma, inserindo uma perda de informação, que entretanto, foi desaparecendo e com uma conseqüente perda de fiabilidade da informação.

O autor Peter Drucker (2001), advoga que, uma organização não necessita de um avançado e complexo sistema de informação, requer somente, frequentemente uma disposição por parte dos decisores para indagar e questionar, assumindo uma postura de controlo que proporcione a desejável profundidade analítica.

A informação nas organizações deu origem a estudos do autor Herbert Simon, nas décadas de 40 e 50 do século passado, que levaram ao aparecimento da *Metáfora Cibernética*, que procurou tornar mais inteligente o fluir das informações nas organizações, esta metáfora procurou, comparar o funcionamento do cérebro humano ao das organizações, em ambos, existe complexos sistemas de processamento de informação, segundo João Bilhim (2008:73), os indivíduos têm em regra uma base, uma informação incompleta sobre as alternativas, e de quais as conseqüências das tomadas de decisão, em que são pouco exploradas as alternativas, e são incapazes de estabelecer valores concretos aos resultados das suas decisões.

É neste contexto que Herbert Simon formula a “*Racionalidade limitada*” em que, é advogado que as decisões são sempre na melhor das hipóteses “*apenas suficientemente boas*”, já que as mesmas, são sempre baseadas em informação limitada, para Herbert Simon, a decisão nas organizações é profundamente condicionada pelos limites da racionalidade humana.

A transferência de informação através da hierarquia de uma organização pode assumir diversos processos e canais diferenciados, segundo João Bilhim, existe quatro fluxos básicos de comunicação formal;

“...A direção do fluxo pode seguir o padrão de autoridade das diversas posições hierárquicas, descendo do topo á base (comunicação descendente). Pode movimentar-se entre iguais, ou pares, do mesmo nível hierárquico (comunicação horizontal). Pode subir a escala hierárquica (comunicação ascendente), ou processar-se entre elementos de diferentes níveis da hierarquia (comunicação lateral).” (Bilhim 2008:366)

Para o mesmo autor da citação acima transcrita, o principal problema comunicacional numa organização reside, precisamente na comunicação ascendente, sendo que a mesma, raramente gera plenitude e clareza quanto às ideias inicialmente transmitidas, quanto mais pesado for o topo hierárquico da organização menor será a informação ascendente. A comunicação lateral entre colaboradores no mesmo grupo pode gerar conflitos na organização, gerando atritos e distorcendo fluxos de informação.

Sustenta Sebastião Teixeira que (2010), *“...a comunicação é um processo de transferências de conceitos, ideias, sentimentos (...) a comunicação fornece (...) os meios através dos quais os membros da organização podem ser induzidos a implementar as acções planeadas, e a fazê-los motivados e com entusiasmo.”*, para o autor, no processo de comunicação existem três elementos: o emissor, o recetor e o canal de transmissão. (Teixeira, 2010:171)

Sustenta ainda o Relatório da Deloitte – *Saúde em análise, Uma visão para o futuro* (2011), que a falta de informação com qualidade cria também significativas repercussões ao nível dos custos, sendo necessária: *“...uma estratégia de informação, que identifique as necessidades de informação para cada “stakeholders” da saúde, sejam prestadores, pagadores ou reguladores. Só esta definição clara de que informação é necessária em cada organização e que a informação deve ser partilhada...”*, assim como, *“...Ao nível hospitalar, a informação disponível (...) permite desde já construir um conjunto de indicadores para comparar a performance entre hospitais e incentivar a melhoria contínua.”*

A informação e comunicação organizacional assume-se como fulcral para o funcionamento das mesmas, sendo de capital importância para os processos de tomada de decisão.

e) Tecnologia

A tecnologia é cada vez mais um fator tido em atenção pelas organizações, sendo que as organizações hospitalares dependem fortemente da mesma, apostando em investimentos avultados, sendo que a tecnologia assume várias vertentes. Conceptualmente Sebastião Teixeira (2010), define a tecnologia nas organizações como;

“...a maneira como uma empresa transforma os seus inputs (factores de produção) em outputs (produtos ou serviços). A tecnologia adoptada por uma determinada empresa é um importante factor condicionante da sua estrutura organizacional, pois a experiência mostra que a sua tecnologia impõe um certo modo de divisão do trabalho e um certo modo de coordenação das diversas unidades onde se realizam as diferentes tarefas.” (Teixeira Sebastião, 2010:121)

Segundo João Bilhim (2008:73), as novas tecnologias vieram inserir a hipótese de descentralizar a natureza e o controlo do trabalho.

Já para o autor Manuel de Brito (2009:120), refere que a tecnologia, mais concretamente a informática criou “*um novo espaço de conhecimento e relação*”, efetivamente os processos informáticos nas organizações de saúde introduziram novas ferramentas de gestão, tanto ao nível dos processos administrativos, como na dimensão clínica, melhorando por exemplo o registo clínico, e na definição mais objetiva dos indicadores de saúde, etc.

Em última análise, a introdução de novas TIC nos hospitais, não têm impacto por si só, é crucial ter também, a perceção da real importância das pessoas enquanto membros ativos e produtivas da organização, como tal as pessoas devem ser intimamente envolvidas no processo de implementação das tecnologias, de modo a que se mostrem por via da evidência e aplicabilidade aos mesmos (colaboradores), a eficiência e eficácia dos meios, incorporando assim, novas linhas de pensamento mais permissivas à introdução de SI inerentes da implementação das TIC.

O Relatório da Deloitte – *Saúde em análise, Uma visão para o futuro* (2011), aborda a questão da inovação e modernização tecnológica no setor da saúde, sendo referido que, é uma questão que levanta dificuldades quanto ao controlo de custos das organizações de saúde, o desenvolvimento tecnológico introduz importantes inovações quanto ao nível dos meios e processos, otimizando, “*...o diagnóstico e/ou tratamento de doentes...*” mas também, incrementa os custos em saúde, apesar de

inovações ser bem aceites, importa, que um decisor faça uma análise quanto à efetividade, e da segurança das inovações tecnológicas, analisando sempre se as mesmas se refletem em reais mais-valias para os doentes, devendo os SI serem desenvolvidos numa óptica integrada, agregando a informação, restringindo a duplicação de informação.

Para Ross, (*et al.* 2002:243) os autores referem, que a rapidez de comunicação permitida pelas tecnologias de informação, seja da *Internet* ou de sofisticados programas de *software*, fornecem ferramentas importantes para a tomada de decisão, mas contribuem também, para um excesso de informação que poderá ser prejudicial.

É fundamental que os decisores hospitalares reforcem também, a capacidade de promoção e avaliação das tecnologias da saúde, fazendo uma utilização mais racional das ferramentas de *e-health*.

f) Formação Profissional dos Decisores

A formação dos profissionais que estão encarregues de decidir num hospital também é crucial para a discussão da tomada de decisão, já que a formação académica dos gestores irá refletir-se nos conhecimentos predispostos para o desempenho das funções de gestão, e aqui é inserida a questão do perfil de decisor hospitalar.

A capacidade de um gestor como decisor também é relacionada com a própria intuição do mesmo, mas também como a sua “...*aptidão para apreender com a experiência e obedecer a um apropriado processo de preparação, decisão e implementação.*” (Teixeira, 2010:83)

A formação dos decisores pode ser analisada na nossa ótica, pelos determinantes de desempenho, efetivamente cada indivíduo possui aptidões específicas inerentes da sua formação (académica ou não académica), mediante o campo de conhecimento de um decisor, são adquiridas diferentes aptidões, sendo que as mesmas podem ser, “... *aptidão numérica, fluência verbal, lógica verbal, memória, raciocínio e percepção espacial.*” (Almeida, 1996:7)

g) Influência Política e Macroeconómica

A influência da política e das políticas ao nível macro, fazendo parte dos fatores da envolvente organizacional, são um ponto fundamental para as organizações, daí merecendo da nossa parte uma análise separada, até porque se reveste num papel

construtivo da ordem social, segundo Bilhim (2008:71) e de acordo, com a *Metáfora Política* das organizações - as metas; os objetivos; a estrutura; a tecnologia, o desenho organizacional; o estilo de liderança – (todas elas aqui analisadas como elementos condicionantes para a tomada de decisão) qualquer uma destas variáveis, assume uma dimensão política, para o autor e a partir do modelo de interesses, conflitos e poder desenvolvidos por Burrell e Morgan, a *Metáfora Política*, “...fornece uma ferramenta prática e sistemática para a compreensão da relação entre política e organização, e salienta o papel chave do poder na determinação dos resultados políticos.” (Bilhim, 2008a)

Sabido é, que as organizações hospitalares são fortemente pressionadas para o alcance do equilíbrio económico e financeiro, devendo desta forma, aos decisores hospitalares, o conhecimento profundo das decisões políticas, no sentido de responder adequadamente a problemas decorrentes, como os macroeconómicos, sociais e de saúde pública.

h) Estrutura e Desenho Organizacional

Existem vários tipos de desenho organizacional, assumindo estruturas concretas, Sebastião Teixeira (2010:105), refere que, podemos considerar os seguintes tipos básicos de estruturas organizacionais: a *Simple* – que é comum a qualquer organização de pequena dimensão, é caracterizada geralmente, por apenas dois níveis hierárquicos; a *Funcional* – que é baseada na divisão do “trabalho e delegação de autoridade e responsabilidade”, é um tipo de estrutura que assenta na departamentalização; a *Divisionária* – assenta na divisão de tarefas com base nos processos da organização, assenta em organizações que adotam uma estratégia de diversificação de negócios; *Estrutura por unidades estratégicas de negócios* – semelhante à anterior, mas esta aplicada a organizações de grande dimensão, e de grande volume de negócios realizados; *Estrutura por projetos e matricial* – este tipo de desenho organizacional, aumenta a capacidade de informação recolhida na aplicação para a tomada de decisão, tanto nos canais de informação laterais, como verticais, este desenho organizacional fomenta, dentro da organização projetos de prazo limitado sucessivos; *Estrutura em rede* – é caracterizada por possuir apenas um bloco central de gestão plena, estando os vários departamentos conectados em rede.

O desenho hierárquico e a burocracia são em boa verdade conceitos similares, ocupando o mesmo espaço conceptual, os níveis hierárquicos são compostos por pessoas, que estão sujeitas á *racionalidade limitada* a que todos os seres humanos

são sujeitos, por associação de ideias, as estruturas burocráticas são também todas elas racionalmente limitadas.

Herbert Simon ressalta que, “...a hierarquia, enquanto arquitetura de subsistemas articulados com sistemas de ordem inferior é a forma mais adequada para uma inteligência finita fazer face à complexidade. (...) uma organização inteligente não pode, prescindir desta arquitetura hierárquica, embora ela não pode forçosamente que ser imposta.” (apud. Bilhim, 2008:75).

Os autores Manuela Frederico e Maria Leitão explicitam (1991:25), que a tendência estrutural das organizações, são para organizações achatadas, de formas a que as mesmas consigam reduzir os custos inerentes nos demais níveis de gestão, desta forma acelera-se o processo de tomada de decisão.

Para Ross (et al. 2002:231), grande parte dos administradores hospitalares, aceitam a burocracia organizacional como necessária e inevitável, funcionando como elemento operacional estabilizador, devendo funcionar como uma ferramenta de medição de melhoramento da qualidade.

Fundamentalmente o desenho e estrutura organizacional deve permitir sempre decisões suportadas em processos de eficiência e efetividade, permitindo ao decisor hospitalar total responsabilidade para escolher a melhor opção no tempo mais apropriado.

i) Motivação e Satisfação Profissional

Os fundamentos para a motivação numa organização, como sugere Idalberto Chiavenato (1987), a teoria da motivação procura explicar o comportamento humano, segundo as abordagens de Taylor, em que é advogado, que o ser humano rege-se principalmente pela busca de dinheiro, estudos posteriores de Hawthorne, virem refutar a mesma teoria, anterior amplamente aceite, de fato, uma base salarial generosa por si só não basta, é então que Elton Mayo gera uma nova teoria, em que o ser humano “...é motivado, não por estímulos económicos e salariais, mas por recompensas sociais, simbólicas e não materiais.” (Chiavenato, 1987:184).

O psicólogo Frederick Herzberg, autor da teoria da *motivação-higiene*, faz outra abordagem em divide as fontes de motivação em: fatores intrínsecos que estão intimamente relacionados à satisfação no trabalho, e nos fatores extrínsecos que se encontram relacionados com a insatisfação, por sua vez, de acordo com João Bilhim, é sustentado que, “...os fatores *higiénicos* são aqueles – tais como a política organizacional, tipo de supervisão, e salários – que, quando presentes, acalmam os

trabalhadores, mas que, quando estão ausentes, causam grande insatisfação. Estes fatores são notados apenas quando estão ausentes.” (Bilhim, 2008:318).

Segundo João Bilhim (2008a), numa organização, este comportamento motivacional pode ser definido como; *“...a vontade de exercer elevados níveis de esforço para que a organização alcance os seus objetivos, esforço esse que é condicionado pela forma como esta satisfaz algumas das necessidades dos indivíduos”*.

Numa semelhante definição conceptual de Sebastião Teixeira, a motivação é a vontade dos indivíduos em esforçarem-se para alcançar objetivos organizacionais, *“...traduz-se na procura da aproximação ou convergência dos objetivos individuais ... com os objetivos globais da própria organização.”*, os aspetos motivacionais e de satisfação do indivíduo, estão assim, profundamente relacionados com o alcance concreto dos objetivos organizacionais da organização com sucesso, mas por vezes, objetivos individuais e de satisfação de necessidades do indivíduo podem ser antagónicas aos objetivos para o sucesso da organização (Teixeira, 2010:19)

Os objetivos individuais podem reproduzir-se sob via de interesses, podendo haver recompensas intrínsecas, o autor Fernando Almeida sustenta que, *“...O interesse representa um papel determinante, juntamente com as aptidões e capacidades, para determinar o nível de performance na execução de qualquer actividade.”* (Almeida, 1999:9)

É depreendido por via da literatura revista, que as motivações individuais exercem larga influência nas tomadas de decisão numa organização, tal explicação invoca a necessidade em abordar este ponto para o estudo do fenómeno da tomada de decisão.

Muitas são as teorias da motivação, algumas delas já acima discutidas, mas aquela que é a mais conhecida, é precisamente a *Hierarquia das necessidades* de Abraham Maslow, onde o autor estabeleceu um conjunto hierquizado em cinco níveis de necessidades para o indivíduo (Gráfico nº1.);

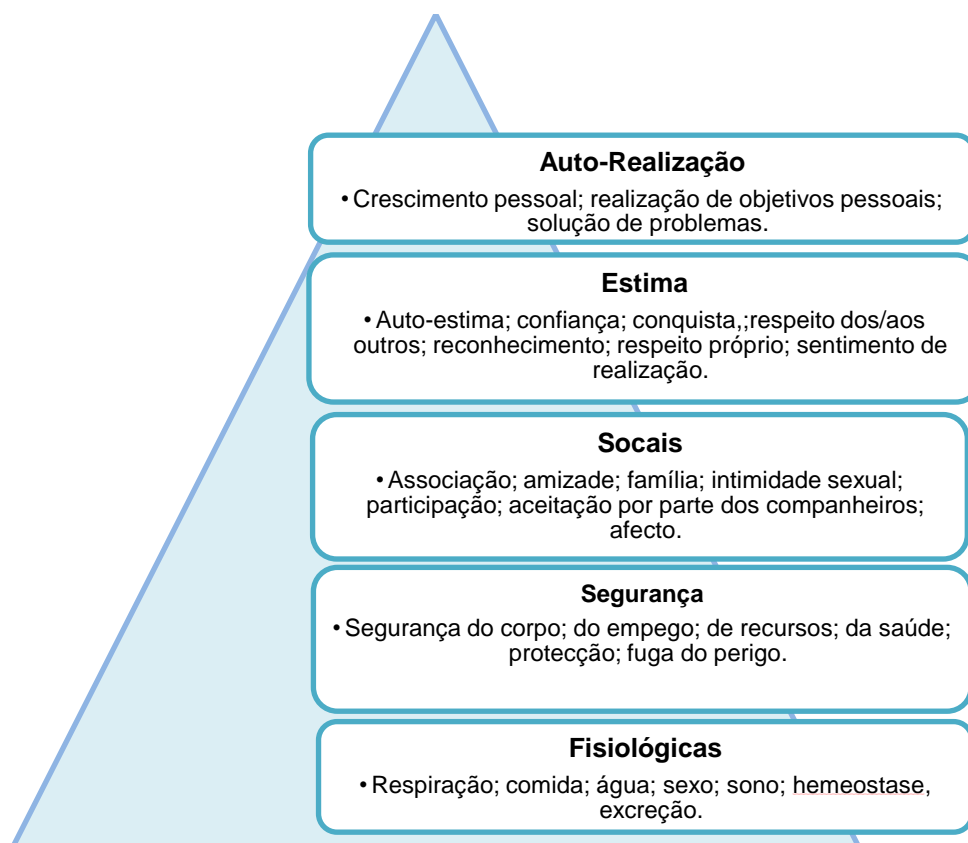


Gráfico nº1. - Hierarquia das Necessidades de A. Maslow - (Elaboração própria)

Para o autor Luís Graça (2005), da motivação, deriva a satisfação de trabalho, em que segundo as várias teorias psicossociológicas (privação, justiça, discrepância, etc.), um indivíduo perceber, ou sente que “*aquilo que recebe é justo*” e está, “*de acordo com o que tinha direito a receber*”, ou ainda, “*o que recebe vem ao encontro do que esperava obter.*” A satisfação, é então, uma atitude individual, distinta, e composta por duas vertentes: as expetativas, que correspondem àquilo que uma pessoa espera obter em determinada situação; e os resultados, que é aquilo que realmente ela obtém (no trabalho). A diferença entre as duas vertentes, dá o valor de discrepância, tanto que quanto menor for essa diferença, maior será a satisfação dessa pessoa no trabalho, assim como o contrário. Isto influencia o ciclo motivacional, de forma positiva como no primeiro caso, ou de forma negativa, caso se dê o contrário.

Em suma, para Luís Graça (2005), a satisfação é, então, um indicador de motivação, daí a razoabilidade de ambos conceitos estarem aqui a ser por nós discutidos.

No contexto atual, de crescentes complexidades presente no mundo laboral, é absolutamente imperioso para as organizações, possuírem trabalhadores motivados e satisfeitos dentro das organizações, para obter um nível e qualidade de produção que

esteja em consonância com aquilo que é esperado, este aspeto, assume quanto a nós especial importância numa organização de saúde, nomeadamente, as hospitalares, em que profissionais de saúde desmotivados e insatisfeitos traduz-se em perdas relevantes na qualidade dos cuidados de saúde prestados a doentes.

Ainda, dentro das dimensões de satisfação e da motivação, que já anteriormente aqui explicadas, poderemos salientar, que os fatores intrínsecos a qualquer profissional, tais como são; a estabilidade dos contratos de trabalho (com grande relevância no contexto atual existente); as condições ergonómicas adequadas com impacto direto na saúde dos colaboradores da organização; a possibilidade de o profissional poder utilizar as suas capacidades inovadoras e criativas e não estar limitado a um sistema rígido, de forma, a contribuir para o seu crescimento individual e profissional, bem como, uma maior noção de realização; a política de proteção e apoio por parte da organização empregadora, caso hajam situações inesperadas em ambiente laboral; e por fim uma liderança democrática e participativa.¹³ Todos estes fatores, e outros, contribuem de uma forma bastante significativa para a satisfação dos profissionais no seu ambiente de trabalho.

O aumento do nível de motivação dos profissionais, está em certa medida, relacionado como acima referido, com o grau em que lhes é delegado funções, atribuindo desta maneira, um significado de confiança às suas capacidades, levando-os a esforçarem-se cada vez mais para corresponderem à confiança depositada. (Teixeira, 2010:97)

Para Ross (*et al.* 2002:233), os autores referem que, um bom exercício da *accountability* por parte dos administradores hospitalares dota os profissionais da organização com responsabilidade acrescida melhorando os níveis motivacionais dos profissionais.

j) Relações entre a Autonomia/Autoridade e Influência/Poder

A autonomia e a independência estão ligadas as questões de autoridade e poder de decisão, qualquer indivíduo assume uma vontade ao implementar e executar uma decisão, mas existem barreiras ou interferências que limitam as tomadas de decisão, que podem ser de natureza administrativa, organizacional.

A autonomia e o respetivo grau da mesma, assumem importância em todo o processo de tomada de decisão, já que consoante o grau presente na mesma, fornece liberdade na obtenção das tomadas de decisão, assim, influência a independência e a

¹³ A liderança democrática e participativa são dois estilos de liderança distintos, embora possuam características semelhantes, ver capítulo II – Liderança.

iniciativa na formulação da identificação do problema na calendarização a ser utilizada na excussão da decisão.

De acordo Sebastião Teixeira, a autoridade é “...o *direito de decidir, de dirigir outros na execução das tarefas ou desempenho de certos deveres, tendo em vista a prossecução dos objectivos da organização.*”, mas a autoridade, por si só não basta que leve os subordinados a exercer as tarefas propostas, ou emanadas pelo decisor.

Para o autor, para melhor entender o conceito de autoridade, há que explorar dois outros conceitos, o primeiro é a *influência*, que é “...*evidenciada pela mudança no comportamento de uma pessoa como consequência das acções de outra.*”, o segundo conceito para autor, é o *poder*, sendo que é, “... *a capacidade de exercer influência.*”, ou seja, para um decisor ter a capacidade formal para exercer uma tomada de decisão junto dos subordinados, é necessário possuir autoridade, sendo que está, só é devidamente aplicada em caso de uma influência e poder patenteados, junto dos subordinados (Teixeira, 2010:125)

A autoridade é assim um direito de tomar determinada decisão, um direito inerente da função. Paradoxalmente, o poder pode ser definido como a capacidade de punir ou recompensar, a percepção de poder está relacionada com a autonomia, tendo de acordo com o autor Fernando Almeida (1996);

“...Outra variável que condiciona a energia, é o grau em que uma pessoa sente que está na sua esfera de acção conseguir atingir o objectivo. Quanto mais a pessoa sentir que só de si depende conseguir alcançar algo (mantendo-se tudo o resto igual), maior a energia desenvolvida.” (Almeida, 1996:12)

Conceptualmente e genericamente o poder, é descrito segundo António Sousa Lara (2009) como;

“...conjunto de meios capazes de coagir outros a um determinado comportamento. Decorre da noção dada de que há uma pluralidade de meios susceptíveis de impor uma conduta (meios humanos, materiais, morais, físicos, extra-humanos, etc.) havendo assim, uma vasta gama de poderes caracterizados pelo meio. É por isso, lícito falar em paternal, autoridade religiosa, poder militar, autoridade administrativa, poder físico-muscular, etc., radicados em meios diversos.” (Lara, 2009:324)

Ainda para o mesmo autor, poder e autoridade são praticamente sinónimos, o poder está mais relacionado com a obrigatoriedade, enquanto que, a autoridade está ligada a uma maior liberdade de opção dos coagidos, dando o autor um exemplo representativo, “...O Papa e o Dalai-Lama têm autoridade mas não têm grande poder; alguns ditadores têm muito poder e quase nenhuma autoridade.”

Segundo Adizes (1993), os decisores devem ter consciência de que o poder está nos subordinados e que deste dependem para que o processo da tomada de decisão e consequente decisão tenha o sucesso organizacional expetado.

k) Liderança

A liderança implica responsabilidade, um compromisso por parte do indivíduo para com a organização, a liderança para o autor Manuel de Brito (2009), assume-se no plano conceptual, como a tarefa ou função em desempenhar práticas de gestão, que atinjam a qualidade e excelência, sustenta o autor, que a liderança deve estar fundada nas relações humanas estabelecidas, restringindo ao máximo tiques autoritários, que em nada beneficiam o processo negocial e motivacional, a liderança deve-se desempenhar por via do método participativo com forte componente democrática.

Sendo ainda para o mesmo autor, em contexto organizacional hospitalar, importa ter uma *Responsabilidade Institucional*, ou seja, uma visão mais abrangente, ultrapassando as barreiras da mera responsabilidade individual, o desempenho da liderança em organizações hospitalares, deve ainda, ser aplicado sob forma de um quadro de referências, tendo, “...por matriz uma ética/direito de absoluto respeito pela integridade física, psíquica e social da pessoa humana e onde toda a atividade técnica, organizada em torno do doente, tem como paradigma a excelência.” (Brito, 2009:119)

Para Sebastião Teixeira (2010), a liderança é a capacidade que o decisor possui em induzir nos outros aquilo que ele quer que façam, o autor estabelece diferenças concretas entre os conceitos de gestão e a liderança, sendo, “...a liderança é um aspeto da direção, que, por sua vez, é uma função da gestão – a forma como o gestor lidera define (...) a sua categoria.” (Teixeira, 2010:19)

As decisões tomadas em contextos organizacionais como foi por nós percecionado pela literatura revista, são orientadas por processos que normalmente assumem uma natureza espontânea, não sendo, tendencialmente estruturadas, como tal, qualquer processo de decisão implica um alinhamento com os objetivos da organização, é no entanto, nas últimas etapas do processo da tomada de decisão, na

implementação efetiva da decisão, que revela-se normalmente criteriosa, já que é o momento em a decisão abstrata então formulada, transforma-se numa realidade operacional.

Sustenta Sebastião Teixeira (2010) que, “...um bom gestor é necessariamente um bom líder, mas um bom líder não é necessariamente um gestor ...”, esta noção separada, mas interligada entre a liderança e a gestão é consensual entre os demais autor sobre a matéria, embora haja, a franca tendência para misturar os conceitos, apelidando decisores como líderes ou gestores, ainda para o autor acima citado, existem basicamente quatro estilos principais de liderança, sendo estes;

A *Liderança Autocrática* – o decisor comunica aos subordinados tarefas, esperado que estes as obedeçam sem qualquer tipo de restrições ou constrangimentos, este tipo de liderança é tendencialmente aplicado em organizações com tarefas rotineiras, dando o autor como exemplo as relações laborais na construção civil; A *Liderança Participativa* – neste tipo de liderança, é esperado que o decisor englobe os restantes subordinados no processo de tomada de decisão, ainda que, o líder possua em última instância a decisão final; A *Liderança Democrática* – é o tipo de liderança em que o decisor vai ao encontro daquilo que é mais desejado pelos subordinados, fazendo o autor a constatação de que, “...muitos gestores que praticam este tipo de liderança têm afirmado que a isso devem os altos índices de produtividade que alcançam.”; A *Liderança Laissez-faire* – este tipo peculiar de liderança, implica que o próprio decisor, seja ausente na elaboração das tomadas de decisão, este estilo de liderança é raro nas organizações, embora possa ser aplicado com sucesso em determinados casos, como em situações em que, “...os membros de grupo são especialistas, bem motivados, como poderá acontecer com alguns departamentos de cientistas ...”. (Teixeira, 2010:151)

A liderança independentemente das conceitualizações possíveis, é sempre um fator decisivo para o sucesso organizacional, João Mezomo (2001:35), faz novamente uma contraposição entre aquilo que é a liderança e a gestão tradicional, todavia e como já anteriormente por nós debatido, apesar de ambos os conceitos estarem constantemente de mãos dadas, é possível estabelecer diferenças, sendo que a gestão tende a garantir um ambiente harmonioso e estável, mantendo as relações de “*status quo*”, na preservação daquilo que é solicitado pelas chefias, a gestão por si só pode assumir-se por vezes, em meros mecanismos de autoridade inóculos, inversamente, e segundo a abordagem do autor, a liderança valoriza o elemento humano, incentivando criatividade e a inovação, devendo um líder efetivo adotar uma postura para com os colaboradores “...mais intuitiva e empática e as motiva com a sua

visão de futuro. Assume riscos quando as oportunidades e as recompensas são elevadas.”, é neste contexto dicotómico, que o autor João Mezomo (2001), faz uma interesse comparação e separação entre aquilo a que corresponde a atuação distinta de gestores e de líderes nas organizações, que merece da nossa parte do devido destaque (Quadro nº6.);

Administradores/Gestores	Líderes
Mantêm as operações das organizações no “ <i>status quo</i> ”.	Não estão satisfeitos com o “ <i>status</i> ”. Imaginam novas áreas e exploram novas abordagens
Relacionam-se com os outros de acordo com a estrutura organizacional.	Relacionam-se de forma mais intuitiva e empática
Mantêm relações impessoais e distanciadas.	Mantêm relações personalizadas
Visam certos objetivos fixos.	Motivam as pessoas com visão mais ampla do futuro.
Não assumem riscos. São calculistas.	Assumem riscos. São ativos.
Racionam pelo passado e pelo presente.	Racionam pelo futuro, que anteveem e antecipam.
Mantêm fixo o pensamento das pessoas.	Apoiam a mudança no pensamento das pessoas.
Apoiam a rotina e proíbem as mudanças.	Apoiam a busca de novas estratégias e as mudanças.
Fazem as coisas certo.	Fazem as coisas certas.
Agem pelo racional e o lógico e querem a obediência das pessoas.	Agem pela intuição e pela transformação e querem o total envolvimento das pessoas.
Centralizam a autoridade.	Delegam autoridade e responsabilidade.
Veem a educação e o treino como despesa	Veem a educação e o treino como investimento de excelente retorno

Quadro nº6. – Perfil de Administradores/Gestores vs Líderes. (Mezomo, 2001:37)

A liderança é de fato, uma área critica para o desenvolvimento do sucesso organizacional, as organizações dependem de líderes fortes que possuam competências para funcionarem como agentes de mudança, desenvolvendo novos ciclos, de acordo com Ross (*et al.* 2002:303), para os autores os decisores hospitalares no exercício de liderança deve possuir, uma comunicação efetiva e eficaz; devendo os mesmos possuir capacidades em funcionem como agentes de mudança; desenvolvendo e implementando a governância hospitalar, prosseguindo e desenvolvendo as políticas governamentais e jurídicas emanadas; desenvolvendo uma ligação próxima com os “*stakeholders*”; devendo os decisores hospitalares facilitar e desenvolver um dinamismo de equipas; facilitando o entendimento dos profissionais de saúde para os conceitos e matérias de gestão; desenvolvendo sistemas de qualidade clínicos e de gestão; compreendendo os vários aspetos e as

variáveis operacionais clínicas e de gestão; monitorizando continuamente as necessidades reais da organização.

2.3 Caracterização dos Sistemas de Governação Hospitalar em Portugal – Estatuto Jurídico Hospitalar

A estrutura dos sistemas de governação hospitalar em Portugal é resultante de sucessivas legislações, a estrutura atual hospitalar em Portugal, emerge como consequência de legislações, que têm como principais origens; o Decreto nº48357 (Estatuto Hospitalar) e o Decreto nº48358 (Regulamento Geral dos Hospitais), ambos de 27 de abril de 1968. (Vaz *et al* Simões, 2010:313)

Sendo que em 2002 (Campos, 2003:23), com a introdução de uma nova lei que alterou disposições da Lei de Bases de Saúde de 1990, aprovando um novo regime jurídico de gestão hospitalar, considerando que a rede de prestação de cuidados de saúde hospitalares passaria a integrar os seguintes modelos; hospitais SPA, hospitais EPE, hospitais SA, clínicas privadas com sem nome de hospital, assim como as PPP.

De acordo com o Regime Jurídico da Gestão Hospitalar disposto na, Lei de Gestão Hospitalar (Lei n.º 27/2002), lei esta que, aplica-se a todos hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde, “...*A rede de prestação de cuidados de saúde abrange os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), os estabelecimentos privados que prestem cuidados nos utentes do SNS e outros serviços de saúde...*”, os hospitais podem desta forma, assumir uma diversidade quanto à sua natureza jurídica, o Artigo 2.º do presente Regime Jurídico da Gestão Hospitalar diferencia em; “...*a) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial.*”, correspondente aos hospitais SPA; “...*b) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial.*”, caraterização jurídica dos hospitais EPE; “...*c) Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos.*”, correspondente aos hospitais de natureza SA; “...*d) Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos ...*”, referente a hospitais privados como é patente.

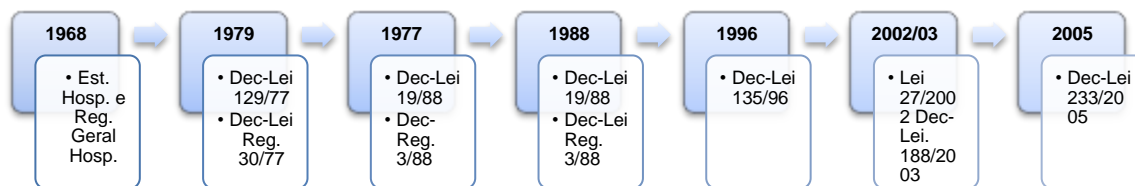


Figura nº2. – Evolução dos Hospitais Públicos 1968-2009 – Legislação sobre os Modelos de Governo (Vaz et al Simões, 2010:313)

2.3.1 Hospitais EPE

O hospital EPE (Entidade Pública Empresarial) tem como natureza e de acordo com o Decreto-Lei nº233/05, de 29 de Dezembro; “...*é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas (...)*”, este modelo de governação hospitalar assenta em três órgãos – O Conselho de Administração (todos os poderes de gestão), o Fiscal Único (assegura a legalidades dos atos de gestão como a boa gestão patrimonial e financeira) e o Conselho Consultivo (tal como o nome refere, possui um carácter consultivo), relativamente à tutela estatal esta é feita através dos Ministérios da Saúde e das Finanças, que nomeiam inclusive, os próprios membros do CA, devendo os mesmos serem selecionados por via do mérito profissional e de um perfil adequado para uma instituição pública hospitalar, sendo que a missão que lhes é atribuída por três anos.

Segundo António Correia de Campos (2003:27), com a resolução do Conselho de Ministros nº 41/2002, ficou definidas quais as regras a que deveriam obedecer a transformação de estabelecimentos públicos de cuidados hospitalares em entidades públicas empresariais, a opção por esta figura jurídica, é justificada pelo autor por uma, “...*maior proximidade com a natureza dos serviços, cuja natureza se intenta transformar, não prejudicava que na devida altura se pudesse vir a recorrer ao modelo de sociedade de capitais públicos.*”, estas reformas foram ainda aceleradas pelo Programa de Estabilidade e Crescimento (2002-2005), onde Portugal comprometeu-se perante a UE a desenvolver esforços na conversão dos hospitais para modelos de gestão empresarial, valorizando a eficiência de desempenho.

Após uma fase de conversão, muitas foram as disposições alteradas tais como “...*admitiu o contrato individual de trabalho e a contratação colectiva de trabalho como instrumentos laborais regulares.*”, assim como, alterações no modelo de

financiamentos dos hospitais que foi igualmente alterado, “...*não por dotações globais, mas por actos realizados e remunerados por tabela de preços...*”

Sustenta Artur Moraes Vaz (2009), que foi com Correia de Campos como Ministro da Saúde, que o modelo de hospitais EPE, passou a ser dominante em Portugal, “...*iniciado com a transformação dos 31 Hospitais SA em Hospitais EPE pelo Decreto-Lei nº 93/2005, de 7 de Junho.*”, dotando assim, estes hospitais de personalidade jurídica que permitisse então, à tutela dos Ministérios da Saúde e das Finanças uma maior vigilância estratégica e operacional, o processo de mudança foi também extensivo a Hospitais SPA, sendo que em 2005 foram efetuadas novas alterações, aumentando o número de Hospitais EPE, para o autor o desempenho dos Hospitais EPE tem-se revelado positivo nomeadamente, no que toca à produção e acessibilidade, todavia, refere que parte significativa destes, padecem de graves problemas financeiros relacionados com pouca propensão para a contenção e controlo de custos.

A seleção de transformação dos hospitais EPE segundo Moreira (*apud*. Franca e Monte, 2011:21), foi efetuada também numa lógica de preocupação em abarcar hospitais de todo o país.

Relativamente às competências atribuídas ao conselho de administração dos hospitais EPE, no cumprimento dos objetivos e no exercício de gestão, nos quais se insere a fulcral tomada de decisão por parte dos decisores hospitalares, assim compete a estes órgãos, e de acordo com o Decreto-Lei nº 93/2005; Propor os planos de ação anuais e plurianuais e respetivos orçamentos anuais e assegurar a sua execução, corrigindo desvios em relação a previsões anteriores; Celebrar os contratos-programa externos e internos; Definir as linhas orientadoras a que devem obedecer a organização e funcionamento, seja nas áreas clínicas ou não clínicas; Definir as políticas de GRH, nomeadamente em matéria disciplinar, aprovando o regulamento disciplinar interno, devendo aplicar-se todas as modalidades de regimes de trabalho legalmente admissíveis; Apresentar os documentos de prestação de contas (nos termos definidos por lei); Aprovar e submeter a homologação do Ministério da Saúde; Decidir sobre a realização de ensaios clínicos e terapêuticos (ouvindo a comissão de ética); Acompanhar e avaliar sistematicamente as demais atividades desenvolvidos pelo hospital EPE, nomeadamente na qualidade dos serviços prestados; Tomar conhecimento das reclamações apresentados pelos utentes e determinar decisões adequadas a resolução de problemas; Conservar o património afeto as despesas inerentes. Ainda, para além de todas estas disposições genéricas sobre as competências do CA em um hospital EPE, este “...*detém ainda as*

competências legalmente atribuídas aos titulares dos cargos de direcção superior de 1.º grau da administração central do Estado relativamente aos funcionários e agentes da Administração Pública.”, fica também clarividenciado, de acordo com o mesmo Decreto-Lei que, “...*O conselho de administração pode delegar as competências nos membros ou demais pessoal de direcção e chefia...*”, com excepção da elaboração de planos de ação anuais e plurianuais e os respetivos orçamentos, o CA fica também impedido em delegar funções segundo a legislação disposta, no que toca à realização de ensaios clínicos e terapêuticos.

De acordo com o Relatório do Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais de 2010 com coordenação do Dr. Maciel Barbosa (*apud*. Correia, 2014:35), “...*a nova cultura de gestão que se esperava emergisse da reforçada autonomia não aconteceu, persistindo a indefinição estratégica, o planeamento incipiente, ou inexistente, a falta de transparência nos processos de decisão, tudo concorrendo para a desresponsabilização e para a ausência de desenvolvimento da organização.*”, José António Meneses Correia em entrevista realizada à revista “Gestão Hospitalar” da APAH de Janeiro de 2014 consubstancia ainda, que persistem as nomeações de carácter partidário e uma centralização administrativa “...*que anula as potencialidades da empresarialização e desequilibra o binómio autoridade-responsabilidade, a favor do poder central.*”

2.3.2 Hospitais SPA

Os hospitais SPA (Setor Público Administrativo), surgiram duma tentativa em replicar aquilo que de bom se tinha realizado com a experiência dos hospitais SA, foi neste espírito de modernização hospitalar que desde 2003 foram iniciados (Harfouche, 2008:91), novos contratos programa com os hospitais, “...*fixando objetivos e metas quantitativas, prioridades e modalidades para a provisão de serviços, critérios de qualidade (...) sistemas de monitorização e avaliação...*”, sendo esta modernização foi completada com a adoção de um sistema de financiamento idêntico ao dos hospitais SA.

Quanto à estrutura orgânica do hospital SPA, de acordo com o Artigo 11.º do Capítulo II – Hospitais de Setor Público Administrativo do Regime jurídico da gestão hospitalar disposto na Lei de Gestão Hospitalar (Lei n.º 27/2002), “...*A estrutura orgânica dos hospitais SPA, bem como a composição, competências e funcionamento dos órgãos hospitalares, consta de regulamentos a aprovar por diploma próprio do*

Governo.”, devendo os hospitais SPA, organizar-se e desenvolver a sua atividade por centros de responsabilidade e de custos definidos pela gestão.

Os princípios específicos da gestão hospitalar nos hospitais SPA, de acordo com o artigo 10.º do Capítulo II – Hospitais de Setor Público Administrativo do Regime jurídico da gestão hospitalar disposto na Lei de Gestão Hospitalar (Lei n.º 27/2002), a gestão realizada pelos decisores hospitalares deve; Garantir eficientemente a utilização da capacidade instalada, aproveitando os equipamentos e infra-estruturas hospitalares existentes; Elaboração dos planos anuais e plurianuais e na celebração de contratos-programa com a administração regional de saúde (ARS), nos quais devem estar devidamente definidos os objetivos a atingir, e que foram acordados com a tutela; Deve ser aplicada uma avaliação de desempenho a todos os profissionais, seja a titulares dos órgãos de gestão, a diretores de departamentos e de serviços assim como, a todos os restantes profissionais de saúde do hospital, valorizando o mérito demonstrado na persecução pela qualidade demonstrada, seja na gestão ou nos cuidados de saúde prestados aos utentes; Promoção de um sistema de incentivos, estimulando desta forma os profissionais, traduzindo-se em consequentes ganhos de eficiência; Articulação das funções essenciais da prestação de cuidados e de gestão de recursos; Os diretores de departamento e de serviço respondem perante o conselho de administração, e estes últimos têm como responsabilidade fixar os objetivos e os meios para os atingir, definindo mecanismos de avaliação periódica.

Para além das especificações acima referidas pelos órgão de gestão, compete ainda ao Ministério da Saúde, com faculdade de delegação na ARS da;

“...a) Aprovar os planos de actividade e financeiros plurianuais; b) Aprovar os planos de actividade e os orçamentos de exploração e investimento anuais, bem como as respectivas alterações; c) Aprovar os documentos de prestação de contas; d) Aprovar as tabelas de preços a cobrar, nos casos previstos na lei; e) Homologar os contratos-programa; f) Autorizar os contratos de cessão de exploração ou subcontratação previstas na alínea f do artigo 10.º; g) Criar, extinguir ou modificar departamentos, serviços e unidades hospitalares.” (Lei n.º 27/2002)

O financiamento dos hospitais SPA é público, e realizado através de contratos-programa, (Franca e Monte, 2010:21) em que são estabelecidos, e de acordo com Decreto-Lei 276/2002, “...objectivos e as metas qualitativas e quantitativas para cada hospital, a sua calendarização, assim como os meios para os atingir, estabelecendo os

indicadores comuns a todos os hospitais para a avaliação do desempenho.”, para além das dotações do OE, fruto dos contratos programas, existem outras receitas dos hospitais SPA, e de acordo com o artigo 13.º do Capítulo II – Hospitais de Setor Público Administrativo do Regime jurídico da gestão hospitalar, disposto na Lei de Gestão Hospitalar (Lei n.º 27/2002):

“...O pagamento de serviços prestados a terceiros nos termos da legislação em vigor e dos acordos e tabelas aprovados, bem como as taxas moderadores; Outras dotações, participações e subsídios do Estado ou de outras entidades; O rendimento de bens próprios; O produto da alienação de bens próprios e da constituição de direitos sobre os mesmos; As doações, heranças ou legados; Quaisquer outros rendimentos ou valores que resultem da sua actividade ou que, por lei ou contrato, lhe devam pertencer.” (Lei n.º 27/2002)

2.3.3 Hospitais PPP

O processo de hospitais em regime de Parcerias Público/Privadas é iniciado em 2001, pelo então XIV Governo Constitucional, sustenta Pedro Pita Barros (2010), que apesar de não existir uma definição universal aceite para as PPP, existem aspetos comuns às PPP, sendo estes definidos a nível conceptual como; “...*Contrato de longo prazo entre setor público (contratante) e setor privado (contratado).*”, e ainda como a, “*realização de projetos tradicionalmente do setor privado.*”, o surgimento das PPP é baseado em experiências internacionais, particularmente realizadas pelo Reino Unido, a lógica apresentada, é atrair o financiamento de privados, Portugal com este modelo, introduziu ainda um aspeto inovador, a inclusão da exploração clínica no âmbito da parceria. O modelo das PPP é também explicado, pela justificação económica do regime hospitalar, baseado em estudos elaborados pelo Ministério das Finanças (Estudos Estratégicos e Económico-Financeiros).

De acordo com Artur Morais Vaz, o nascimento das PPP, surge da criação de um grupo de trabalho a “Estrutura de Missão Parcerias Saúde”, que estava na dependência direta do então, Ministro da Saúde.

Existem dois momentos no lançamento das PPP, o primeiro, estavam incluídos os seguintes hospitais: Cascais (substituição); Braga (substituição); Vila Franca de Xira (substituição); Loures (novo); Sintra (novo) – o segundo momento, é realizado já em plena legislatura de novo Governo em que são anunciadas novas PPP, sendo essas: Évora, Faro, Guarda Póvoa do Varzim/Vila do Conde e Vila Nova de Gaia.

Sustenta Artur Vaz (*et al.* Simões, 2010:345), “...É publicado o regime legal específico das parcerias em saúde, através do Decreto-Lei nº185/2002, de 20 de Agosto, posteriormente alterado pelo regime geral de parcerias público/privadas estabelecido no Decreto-Lei 86/2003, de 26 de Abril e pelo Decreto-Lei nº14/2006, de 27 de Julho.”. O seguinte quadro (Quadro nº7.) esquematiza os dois momentos de lançamento dos hospitais PPP em Portugal;

	1º Vaga (2001-2002)	2º Vaga (2002)
Novos Hospitais	Sintra; Loures	
Hospitais de Substituição	Cascais; Braga; Vila Franca de Xira	Évora; Gaia; Póvoa de Varzim/Vila do Conde; Algarve; Guarda

Quadro nº7. – O programa das PPP para o setor hospitalar. (Simões, 2008:81)

Para Ana Harfouche (2008:91), as PPP reúnem aspetos importantes para o direito financeiro, porque, “...*Consubstanciam um contrato que envolve a realização de desembolsos públicos.*”, assim como, “...*As respetivas despesas realizam-se em vários anos económicos.*” e ainda, “...*A contratação de uma parceria pressupõe uma orçamentação plurianual dos respetivos encargos.*”, o modelo de concessão é inovador, e é como já anteriormente por nós discutido, dividido em duas vertentes – A infraestrutural, ou seja, a conceção, construção, gestão e manutenção do edifício hospitalar, sendo que a duração acordada é de 30 anos, noutra vertente, a clínica, responsável pela prestação de cuidados de saúde.

Para Pedro Pita Barros (2010), o modelo das PPP assenta numa ideia de transferência de risco, sendo necessário que o setor privado assuma os riscos inerentes, melhorando eficiência para assim os combater. Sublinha ainda, Pedro Pita Barros (2010), que a falta de experiência do setor privado, aliada à morosidade do processo, levou a que o processo de aprendizagem do modelo fosse extenso, para o mesmo autor, um dos principais problemas das PPP são os mecanismos de renegociação, que sendo inevitáveis, não estão devidamente calculados, esta necessidade de negociação, implica por parte do setor público um conhecimento técnico profundo, o sucesso deste modelo para o autor estará sempre em; “...*dois tipos de ganhos potenciais: exigências contratuais e gestão privada a conseguir ganhos de eficiência*”, para o autor em última instância, “*Os ganhos da PPP dependem muito de como o setor público as tratar.*”.

O conceito de PPP não se encontra concretamente consagrado no direito comunitário europeu, embora a Comissão das Comunidades Europeias no seu Livro Verde sobre o direito comunitário em matéria de contratos públicos e concessões de 2004, refere-se às PPP conceptualmente como, “...*formas de cooperação entre as autoridades públicas e as empresas, tendo por objectivo assegurar o financiamento, a construção, a renovação, a gestão ou a manutenção de uma infra-estrutura ou a prestação de um serviço.*” (Reis, 2011:28)

2.3.4 Hospitais Privados

De acordo com dados do INE (2014), em 2012 existiam em Portugal 214 hospitais, destes 104 eram hospitais privados, sendo que a “...*evolução nos hospitais privados é marcada por sucessivos acréscimos, tendo o número de atendimentos em serviço de urgência praticamente duplicado na última década.*”, de acordo com os mesmos dados recolhidos pelo INE, em 2002 os hospitais privados realizaram 460 mil atendimentos nos serviços de urgência, passando para um número superior aos 800 mil atendimentos em 2012, paralelamente e a acompanhar o ritmo de crescimento, o número de camas nos hospitais privados também cresceu em igual período. As especialidades com maior número de consultas nos hospitais privados são Ortopedia e Oftalmologia.

De acordo com a Lei de Gestão Hospitalar – Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro, a natureza jurídica dos hospitais privados, são, “...*Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos...*”, sendo que estes contratos realizados, estão de acordo com os termos do n.º 2 do artigo 1.º “...*mediante contrato de gestão ou em regime de convenção por grupos médicos...*”, os estabelecimentos hospitalares privados segundo o artigo 20.º quanto ao seu regime, “...*a) No caso de revestirem natureza de entidades privadas com fins lucrativos, pelos respectivos estatutos e pelas disposições do Código das Sociedades Comerciais; b) No caso de revestirem a natureza de entidades privadas sem fins lucrativos, pelo disposto nos respectivos diplomas orgânicos e, subsidiariamente, pela lei geral aplicável.*”

A prestação de cuidados de saúde hospitalares privados em Portugal, sofre de grande concorrência para com o setor público hospitalar através da rede do SNS, em análise à prestação privada de cuidados em ambiente hospitalar, Ribeiro (2009:181), refere que, o setor privado distribui essencialmente a sua oferta por unidades ambulatoriais, alcançando nichos de procura específicos, tentando sempre por via da

antecipação, fornecer a procura novas tecnologias de diagnóstico e terapêutica, sendo que, “...segundo a APHP, há cerca de 40 entidades gestoras de clínicas privadas, representando o setor um parque de camas de cerca de 2200...”, os principais grupos privados, são: José Mello Saúde, Espírito Santo Saúde, Hospitais Privados de Portugal, Grupo Português de Saúde e CLISA.

Sustenta José Ribeiro (2009:183), que o setor privado hospitalar em Portugal, vive de procura assegurada, que permite fornecer uma determinada produção hospitalar em função do contrato-programa que é acordado com o Estado, todavia, cada vez mais estas organizações hospitalares privadas dependem intimamente da contratualização com as seguradoras e com “...companhias de managed-care que lhes assegure o volume crítico de doentes para uma operação rentável.”

III. Metodologia

3.1 Objetivos do Estudo

Pretendemos, através deste estudo de carácter exploratório, compreender e caraterizar o processo da tomada de decisão em contexto hospitalar, mediante de diferentes estatutos jurídicos presentes nas organizações hospitalares em Portugal, de culturas organizacionais e propósitos financeiros sobejamente diferentes, procurando obter quais as principais condicionantes presentes nos mesmos para as tomadas decisão e balizando as motivações adjacentes dos decisores; de que forma é formulado todo o processo; quais as etapas do processo de tomada de decisão mais valorizadas para os decisores hospitalares; quais os fatores que mais influenciam a tomada de decisão por parte dos decisores hospitalares; compreender qual o tipo de decisões tomadas nos hospitais; estabelecer a perceção dos decisores quanto à relação entre a tomada de decisão hospitalar e o estatuto jurídico hospitalar; compreender quais as principais dimensões para o exercício de gestão hospitalar; criar evidência quanto às principais dificuldades na gestão hospitalar e perceber qual o grau de satisfação dos decisores quanto a variáveis laborais.

Indagando junto do interior das organizações hospitalares, focalizamo-nos numa primeira fase, na obtenção de recolha de dados nos níveis superiores hierárquicos/institucionais, de carater estratégico dos hospitais, percebendo *a posteriori*, por via da evidência empírica, que os níveis da gestão intermédia mais ligados as chefias de serviços e de unidade não devessem ser descartados do estudo.

O estudo recaiu, sobretudo, naqueles que se encontram envolvidos nos processos de decisão hospitalar, que produzem as decisões estratégicas e intermédias, que são edificantes para o funcionamento de uma organização hospitalar, num contexto de missão conjunta depreendida entre profissionais, e na perceção de que estes têm em última instância, sobre a natureza das suas próprias decisões e do exercício de gestão.

Com este estudo, esperamos que venha a contribuir para um maior conhecimento sobre o perfil das tomadas de decisão dos decisores hospitalares em Portugal, consoante o estatuto jurídico hospitalar presente, bem como entender, a importância da liderança e os níveis de motivação e de satisfação profissional inerente das suas funções.

Um hospital, seja público ou privado, opera num contexto complexo e mutável, fruto de interações diretas e indiretas constantes, criando uma imprevisibilidade que leva a que os processos das tomadas de decisão se tornem altamente dinâmicos.

Toda esta flutuação foi-nos fascinante quanto objeto de estudo, e foi precisamente a mesma que fez despoletar o desígnio e propósito de a estudar, merecendo assim, como um outro objeto do presente estudo, querendo perceber qual o tipo de decisões tomadas nos distintos hospitais, se são decisões marcadamente rotineira ou não rotineiras, se são decisões tendencialmente mais programáticas ou não programadas, e de que modo, fatores e condicionantes múltiplos influenciam e condicionam ou beneficiam todo o processo de tomada de decisão.

Objetivo Geral	Objetivos Específicos
Compreender se os elementos/fatores componentes do processo de Tomada de Decisão e da Gestão Hospitalar estão relacionados com o Estatuto Jurídico Hospitalar	Identificar os atores/decisores hospitalares por estatuto jurídico hospitalar;
	Reconhecer quais as etapas do processo de tomada de decisão mais valorizadas para os decisores hospitalares, em função do estatuto jurídico hospitalar;
	Conhecer as condicionantes/fatores com maior influência para a aplicabilidade das tomadas de decisão, em função do estatuto jurídico hospitalar;
	Identificar quais os fatores que mais influenciam a tomada de decisão por parte dos decisores hospitalares, em função do estatuto jurídico hospitalar;
	Definir o tipo de decisões de gestão mais tomadas nos hospitais, em função do estatuto jurídico hospitalar;
	Conhecer a opinião dos decisores, relativamente à existência de uma relação direta entre a tomada de decisão hospitalar e o estatuto jurídico hospitalar, em função do estatuto jurídico hospitalar;
	Compreender quais as principais variáveis para o exercício de gestão hospitalar, em função do estatuto jurídico hospitalar;
	Criar evidência quanto às principais dificuldades na gestão hospitalar, em função do estatuto jurídico hospitalar;
	Perceber qual o grau de satisfação dos decisores quanto a variáveis laborais, em função do estatuto jurídico hospitalar.

Quadro nº8. – Objetivos gerais e específicos.

Quanto à formulação das hipóteses de investigação, as mesmas foram estabelecidas entre duas ou mais variáveis, a fim de serem devidamente testadas as suas relações esperadas. Deste modo, os resultados do estudo, confirmarão ou rejeitarão as seguintes hipóteses:

Hipótese nula (H0) – *Não existe relação entre os elementos da tomada de decisão e o estatuto jurídico hospitalar;*

Hipótese alternativa (H1) - *Existe uma relação entre os elementos da tomada de decisão e o estatuto jurídico hospitalar.*

3.2. Desenho da Investigação – Processo de Recolha e Tratamento de Dados

Foi realizado um estudo de carácter exploratório, descritivo, transversal e de natureza heurística. A investigação baseou-se num questionário, incidindo nos dois vetores centrais do estudo - na Tomada de Decisão e no Estatuto Jurídico Hospitalar.

Tendo como principal objetivo com a metodologia a adotar, o de alcançar resultados coerentes e significativos para a explicitação do fenómeno com agilidade e sagacidade na informação por nós recolhida, imposta por um período temporal vincadamente diminuto. Após longa reflexão, tendo inclusive este processo sofrido avanços e recuos no desenho metodológico a utilização da técnica não documental do questionário, revelou-se num instrumento necessário para a análise quantitativa.

Previamente a escolha por nós estabelecida recaía em apenas quatro hospitais, este pressuposto foi inicialmente imposto pela impossibilidade temporal e técnica de abranger um maior número do universo hospitalar português, contudo, com o desenrolar da recolha de informação foi abrangido um número de instituições hospitalares significativo.

A seleção dos hospitais assim como, do envio do formulário aos inquiridos, foi matéria discutida com os orientadores, posteriormente e logo após a conclusão da elaboração do questionário final e respetiva fase de teste, sendo desta forma, utilizada uma tiragem não aleatória quanto às organizações hospitalares em análise.

Relativamente ao número da amostra distribuída por Estatuto Jurídico Hospitalar e em virtude de indisponibilidades na participação e realização do questionário, ainda assim, atingiu-se uma representatividade satisfatória.

Prevíamos inicialmente que a realização dos questionários atingisse um número mínimo de três dezenas, o que veio a verificar-se uma estimativa claramente pessimista, tendo as expetativas sido ultrapassadas, alcançando os diferentes grupos-alvos do estudo que considerámos - membros dos demais conselhos de administração; administrativos e gestores genéricos, chefias responsáveis dos órgãos de gestão dos hospitais e as chefias intermédias e operacionais de serviço das unidades/departamentos de saúde hospitalares.

Pretendemos assim contribuir para uma maior compreensão do fenómeno da tomada de decisão em contexto hospitalar. Este trabalho assentou numa metodologia de cariz qualitativa e interpretativa, assumindo uma forte componente de análise dissertativa, como ferramenta empírica que é, todo o seu conteúdo, desenvolvida através de análise documental.

3.3 Instrumento Utilizado

3.3.1 Questionário

O questionário constitui numa técnica de investigação para a obtenção de dados, o autor António Carlos Gil (1989), considera que, a aplicação de um inquérito por questionário consiste em;

“...colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação (...) profissional, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimento ou de consciência de um acontecimento ou de um problema...” (Gil, 1989:190)

Um questionário pretende assim segundo o mesmo autor uma, *“...verificação de hipóteses teóricas e a análise das correlações que essas hipóteses sugerem.”*, sendo esta análise realizada, pelo tratamento quantitativo das informação recolhidas, devendo as respostas estar previamente pré-codificadas.

Estivemos conscientes de que, ao tentarmos analisar os principais fatores/condicionantes na tomada de decisão hospitalar, tendo por base as

implicações organizacionais do seu estatuto jurídico foi essencial a utilização de um questionário, que desse garantias de uma aplicabilidade a todas as organizações em estudo (instituições de gestão pública de diferentes “modalidades”; instituições de gestão privada e mistas em regime de parceria), foi desta forma retratado a pluralidade institucional existente decorrente dos diferentes estatutos jurídicos hospitalares, matéria esta que foi fruto de investigação e comparação na revisão de literatura.

Foi objetivado a admissão de hipóteses, de que as diferentes caraterísticas nos estatutos jurídicos hospitalares pudessem ser correlacionadas a diferentes comportamentos estratégicos no procedimento das tomadas de decisão, nomeadamente nas estratégias financeiras e sociais inerentes da atividade hospitalar.

O procedimento utilizado, suportou-se num questionário de perguntas abertas e fechadas de escolha múltipla aplicado a decisores hospitalares, sendo apenas uma questão de índole aberta. Importa referir, que o questionário por nós adotado foi previamente sujeito a revisão junto de membros do corpo docente da ENSP, para que assim fosse conferida a validade do instrumento, e se os conceitos e nomenclaturas utilizadas eram facilmente reconhecidos e depreendidos pelos inquiridos.

Foi ainda realizado um pré-teste enviado por correio eletrónico a um painel de peritos com experiência e conhecimentos na gestão hospitalar, tendo esta prova preliminar como objetivo, segundo o autor António Carlos Gil (1989), “...evidenciar possíveis falhas na redução do questionário, tais como: complexidade das questões, imprecisão na redacção, desnecessidade das questões, constrangimentos ao informante, exaustão etc.”. Achámos que ficou assegurada a precisão e validade das questões, assim como do seu respetivo desmembramento e ordem lógica, de salientar ainda, que a clareza e precisão dos termos utilizados foram revistos em conjunto com o orientador do presente escrito, sendo que a utilização final dos termos tem como única responsabilidade do investigador do presente estudo.

Este questionário por nós utilizado como técnica de investigação permitiu-nos a possibilidade de quantificar uma multiplicidade de dados, o que apresentou imensas vantagens, o questionário elaborado devido ao meio de recolha de dados pela internet permitiu-nos atingir um maior número de participantes de diferentes áreas geográficas, assim como implicou custos financeiros nulos para o investigador.

A participação dos decisores hospitalares foi absolutamente livre e espontânea, aos mesmos foi-lhe apresentada um termo de esclarecimento inicial esclarecendo aos participantes do estudo a confidencialidade inerente, desta forma os dados individuais dos inquiridos são anónimos, tendo como fim estritamente académico para o presente estudo.

A recolha dos dados foi realizada na íntegra utilizando o *Google Drive*¹⁴, ferramenta de *software*, que fornece a formulação de questionários *online* e envio por correio eletrónico para os participantes selecionados, dando consequentes dados estatísticos e representações gráficas, uma ferramenta que se revelou bastante útil, já que permitiu uma rapidez na compleição de dados e uma poupança significativa do tempo despedido e na componente dos custos financeiros do estudo.

A técnica à distância por nós utilizada, permitiu que os participantes respondessem no, “...*momento em que julgaram mais conveniente...*” e “... *não expondo os pesquisados à influencia das opiniões e do aspecto pessoal do entrevistado.*” (Gil:1989)

O tratamento de dados estatísticos foi obtido, triado e analisado recorrendo à ferramenta do *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* e do *Microsoft Office Excel*.

Quanto ao desenho do questionário, foi pretendido por nós obedecer aos seguintes objetivos “...*Traduzir a informação pretendida em questões que o inquirido possa responder; Motivar o respondente e encorajá-lo a envolver-se com o inquérito; Minimizar os erros de resposta.*” (Pereira:2008:226)

A realização do questionário revelou-se particularmente adequada ao estudo, permitindo desta forma conhecer a amostra, as suas condições laborais, os seus comportamentos e as suas opiniões, permitindo uma análise do fenómeno social.

Com base na pesquisa de revisão da literatura considerada, chegámos ao seguinte modelos de dimensões aplicado no nosso questionário. (Quadro nº.9);

Dimensões do Questionário – A Tomada de Decisão em Organizações Hospitalares				
I – Dados de Caraterização	II – Perfil Profissional	III – A Tomada de Decisão	IV – A Gestão Hospitalar	V – Satisfação Profissional

Quadro nº9. – Dimensões do questionário – A Tomada de Decisão em Organizações Hospitalares.

Ao longo do questionário foram utilizadas algumas instruções relativas ao preenchimento válido das questões.

Grande parte das questões por nós formuladas seguem uma escala de *Likert*, tendo 5 categorias, variando entre, “Nula”; “Fracá”; “Média”; “Elevada” e “Muito Elevada”, foi solicitado ao inquirido, que indicasse o grau de concordância ou

¹⁴ O link do questionário utilizado encontra-se localizado em: https://docs.google.com/forms/d/1CAKz_sSKlmrsCtXjpWhkXoDG_MH4qaKubhw9codhtwg/closedform, encontrando-se neste momento a opção de novas respostas desativa.

discordância relativamente às várias variáveis ou dimensões de um determinado fenómeno.

Foram realizadas questões de comparação binária entre dados ordinais, em que foi solicitado ao inquirido mediante determinados estímulos a escolha entre duas opções estruturadas em questões dicotómicas.

3.4 Descrição da Análise Estatística

Para o estudo de investigação procedeu-se a dois tipos de análise estatística – Análise descritiva e Análise Inferencial, utilizando a versão (21) do programa *Statistical Package for the Social Scienses* (SPSS).

Os dados da análise descritiva foram determinados, para as variáveis categóricas, através de representações gráficas setoriais, e de tabelas de frequências cruzadas (*Crosstabs*), com a respetiva análise das mesmas, e para as variáveis numéricas, foram utilizadas medidas estatísticas de tendência (média, valor mínimo e valor máximo) e de dispersão (desvio-padrão).

Para a análise inferencial, foram utilizados dois testes estatísticos – o teste de *Kruskal-Wallis* para variáveis numéricas, e o teste do Qui-Quadrado para variáveis numéricas.

Segundo Marie-Fabienne Fortin (1999), o teste de *Kruskal-Wallis*, carateriza-se por um teste não paramétrico, cujo objetivo consiste, em comparar as distribuições das variáveis em dois ou mais grupos, verificando a sua diferença (H1) ou a sua igualdade (H0). No presente estudo, foi utilizado para empreender-se a distribuição da amostra, consoante a opinião dos inquiridos, acerca dos elementos/condicionantes mais relevantes da tomada de decisão, das principais variáveis para o exercício da gestão hospitalar, e do grau de satisfação profissional quanto a determinados fatores, estão relacionados com o estatuto jurídico hospitalar.

O teste do Qui-quadrado (χ^2) visa, “...testar se duas ou mais populações (grupos) independentes diferem relativamente a uma determinada característica...” (Marôco; 2011:99)

Neste contexto, foi utilizado o teste do Qui-Quadrado para perceber, se a escolha da etapa mais relevante na tomada de decisão, se os fatores que influenciam a Tomada de Decisão, se o tipo de decisões tomadas no hospital, se a opinião de existência ou inexistência de relação entre a Tomada de Decisão e o Estatuto Jurídico Hospitalar, e se as principais dificuldades a que um gestor hospitalar está sujeito – estão relacionadas com os diferentes Estatutos Jurídicos Hospitalares.

O processo da formulação de comportamentos decisórios assume neste capítulo, particular destaque, estando os mesmos condicionados por um grande número de variáveis e indicadores comportamentais específicos de cada indivíduo, de variáveis numéricas (quantitativas e variáveis categóricas (qualitativas), os resultados de seguida apresentados indicam possíveis caminhos futuros de investigação.

IV. Apresentação e Discussão dos Resultados

4.1 Análise Estatística Descritiva

4.1.1. Dados de Caracterização da Amostra

Relativamente à composição e tamanho da amostra, os participantes do estudo foram previamente selecionados em conjunto com os orientadores do presente escrito.

Através da elaboração e aplicação do questionário, a todos os decisores hospitalares, foram obtidas 58 respostas bem-sucedidas ($n=58$).

Dos 58 decisores hospitalares inquiridos, 55,2% correspondem ao sexo masculino, e 44,8% ao sexo feminino, como esta representado no Gráfico n.º2 - *Distribuição da amostra por sexo*, estando estes distribuídos pelos demais estatutos jurídicos hospitalares que de seguida analisaremos. (*Questão 1.1 Sexo*)

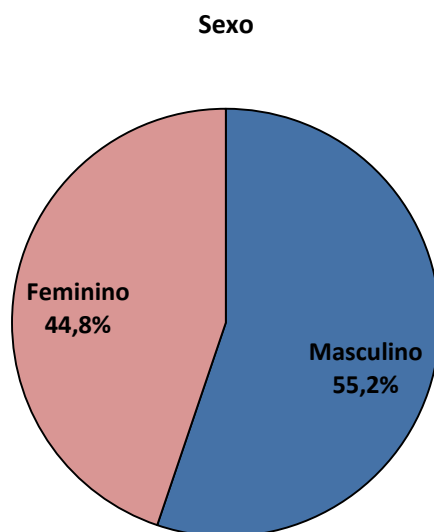


Gráfico n.º2. – Distribuição da amostra por sexo.

Quanto à estatística da idade dos inquiridos, foi observado que, a tendência central dos dados da média total de idades circunscreve-se aos 56 anos, tendo como variação dos dados, idade mínima (Mín) 32 anos e idade máxima (Máx) 83 anos e um desvio-padrão de 12,36.

Quanto aos hospitais EPE, foi apresentado um total de 29 inquiridos, com uma média de idades de 58,37 anos e um desvio-padrão de 12,06; relativamente ao estatuto jurídico hospital SPA, foram inquiridos um total de 7 decisores hospitalares,

correspondendo a uma média de idades de 40 anos e com desvio-padrão de 7,28; quanto aos decisores hospitalares de hospitais PPP, foram inquiridos 12 indivíduos, tendo uma média de idades de 46,33 anos e um respetivo desvio-padrão de 9,53; por último os dados recolhidos quanto aos hospitais privados, foi apresentado um total de 10 inquiridos, com média de idades de 32 anos e um desvio-padrão de 8,28. (*Questão 1.2 Idade*)

Idade		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Variância
Estatuto Jurídico	EPE	29	37,00	83,00	58,37	12,066	145,60
	SPA	7	33,00	54,00	40,00	7,280	53,00
	PPP	12	32,00	56,00	46,33	9,537	90,97
	Privado	10	32,00	65,00	51,40	8,289	68,71
Total		58	32,00	83,00	52,46	12,267	150,49

Tabela nº 1. - Idades.

Na tabela nº2. - Distribuição dos inquiridos por grupos; sexo, faixa etária e formação académica, são apresentadas as várias características sociodemográficas da amostra, entre elas; o sexo, os grupos de faixas etárias e a distribuição da formação académica dos inquiridos, em função das tipologias dos demais estatutos jurídicos hospitalares estudados. Foi utilizado a recodificação de variáveis para as faixas etárias

Foi observado, como já anteriormente referido, uma percentagem de 55,2%, correspondente a 32 inquiridos da amostra do sexo masculino e a uma percentagem de 44,8%, correspondente a 26 inquiridos do sexo feminino.

Foi observado que a faixa etária mais representada da amostra global foi compreendida entre os 40-59 anos, sendo que aquela que apresentou menor representatividade foi a faixa etária com idades superiores a 75 anos.

Relativamente à formação académica dos inquiridos, foi verificada uma surpreendente distribuição entre os vários níveis de formação académica de graus superiores, tendo 15 inquiridos o grau de licenciatura correspondente a 25,9%, e igualmente 15 inquiridos responderam possuir uma pós-graduação (25,9%), assim como o grau de mestre, novamente foi verificado que 15 dos inquiridos possuíam este

grau académico (25,9%), e por último, 13 inquiridos correspondente a 22,4% responderam nutrir do grau académico de doutoramento. (*Questão 1.2 Formação Académica*)

		Amostra geral		Estatuto Jurídico Hospitalar							
				EPE		SPA		PPP		Privado	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	32	55,2%	17	58,6 %	4	57,1%	5	41,7%	6	55,2%
	Feminino	26	44,8%	12	41,4 %	3	42,9%	7	58,3%	4	40,0%
	Total	58	100%	29	100%	7	100%	12	100%	10	10,0%
Faixa etária	[30 ; 39]	9	15,5%	1	3,4%	3	42,9%	4	33,3%	1	10,0%
	[40 ; 49]	11	19,0%	6	20,7 %	3	42,9%	1	8,5%	1	10,0%
	[50 ; 59]	26	44,8%	11	37,9 %	1	14,3%	7	70,0%	26	44,8%
	[60 ; 69]	7	12,1%	6	20,7 %	0	0,0%	0	0,0%	1	10,0%
	> 70	5	8,6%	5	17,2 %	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Total	58	100%	29	100%	7	100%	12	100%	10	100%
Formação Académica	Licenciatura	15	25,9%	5	17,2 %	2	28,6%	5	41,7%	3	30,0%
	Pós-Graduação	15	25,9%	7	24,1 %	4	57,1%	3	25,0%	1	10,0%
	Mestrado	15	25,9%	6	20,7 %	1	14,3%	4	33,35	4	40,05
	Doutoramento	13	22,4	11	37,9 %	0	0,0%	0	0,0%	2	20,0%
	Total	58	100%	29	100%	7	100%	12	100%	10	100%

Tabela nº2. - Distribuição dos inquiridos por grupos; sexo, faixa etária e formação académica.

4.1.2. Perfil Profissional

A pergunta 2.1 do questionário realizado aos participantes do estudo¹⁵ foi a única questão em que a resposta foi aberta e não obrigatória, tendo desta forma como intuito último que os inquiridos caso preferissem preservar o anonimato da sua instituição assim fosse possível, deste modo, achámos por uma questão de coerência lógica e de ética não incluir o espectro hospital presente na amostra, já que o objetivo do estudo recai essencialmente nos demais estatutos jurídicos hospitalares e não nas organizações hospitalares como aspeto crucial para a investigação.

De assinalar que ainda assim, a diversidade verificada dentro dos demais estatutos jurídicos hospitalares verificou-se como desejável, tendo sido alcançado a ocorrência de respostas providentes de diferentes distribuições geográficas a nível nacional e de diferentes agrupamentos hospitalares assim como de grupos de hospitais privados também ele diversos. (*Questão 2.1 Nome da Instituição*)

Quanto à distribuição dos inquiridos pelos estatutos jurídicos hospitalares, ficou dividido da seguinte forma; a percentagem de inquiridos pertencentes aos hospitais EPE, assume especial preponderância e peso na amostra, com 50,0% dos inquiridos, sendo a restante metade da amostra *distribuída* em; hospitais em PPP com 20,7%; hospitais privados em 17,2% e hospitais SPA com 12,1%. (*Questão 2.2 Estatuto Jurídico Hospitalar*)

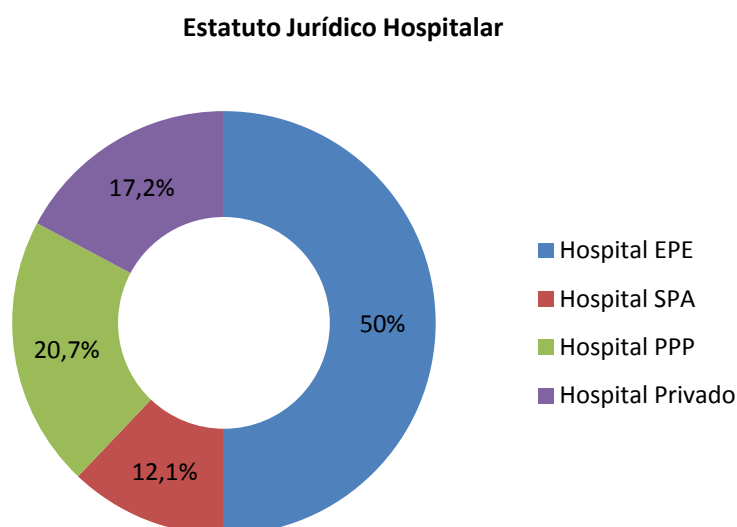


Gráfico nº3. – Distribuição de frequências dos inquiridos por estatuto jurídico hospitalar.

¹⁵ Ver o questionário em ANEXOS.

Quanto ao apuramento das respostas dos nossos inquiridos relativamente ao cargo/função profissional desempenhado nas respetivas organizações hospitalares, ficou evidente uma grande distribuição dos grupos profissionais estabelecidos, ainda assim, foi possível verificar um peso considerável das funções profissionais; “Diretor de Serviço” com 15 inquiridos, correspondente a 25,9% da amostra, já na função “Gestor/Administrador Hospitalar” foram inquiridos 13 decisores hospitalares, correspondendo a 22,4%, também foi verificado um 11 inquiridos tendo como função “Responsável de Unidade”, com um total de 19% da amostra. (*Questão 2.2 Função profissional desempenhada no hospital*)

Função Profissional	Amostra	
	N	%
Presidente do Conselho de Administração	1	1,7%
Vogal do Conselho de Administração	4	6,9%
Diretor Clínico	1	1,7%
Enfermeiro Diretor	7	12,1%
Gestor/Administrador Hospitalar	13	22,4%
Diretor de Serviço	15	25,9%
Responsável de Unidade	11	19,0%
Consultor	5	8,6%
Jurista	1	1,7%
Total	58	100%

Tabela nº3. – Distribuição de funções/cargo profissional desempenhadas no organigrama do hospital dos inquiridos.

4.1.3. A Tomada de Decisão

A etapa identificada com a mais importante no processo de tomada de uma decisão para os inquiridos foi a “Análise e definição do problema” correspondente à 2ª etapa do processo decisório com 34,5% de respostas, com segunda etapa mais relevante por parte dos inquiridos foi a “Definição dos objetivos” com 17,2%, como terceira etapa mais respondida ficou a “Procura de alternativas de soluções” com 13,8%, seguida da etapa da “Escolha da alternativa mais adequada” com 13,8%, as etapas menos selecionadas como mais relevantes para o processo da tomada de decisão por parte dos decisores hospitalares ficaram, a “Avaliação e comparação dessas alternativas”; a “Implementação da alternativa escolhida” e por último a “Avaliação dos resultados”. (*Questão 3.1*)

Etapas no processo de tomada de decisão

- Perceção da situação
- Definição dos objetivos
- Avaliação e comparação dessas alternativas
- Implementação da alternativa escolhida
- Análise e definição do problema
- Procura de alternativas de soluções
- Escolha da alternativa mais adequada
- Avaliação dos resultados

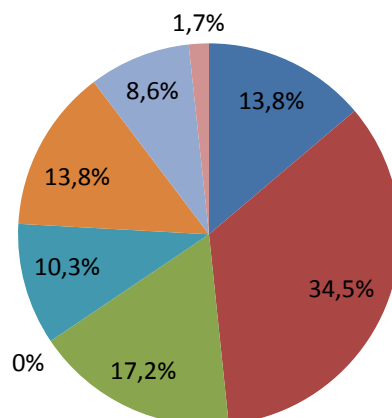


Gráfico nº4. – Etapas no processo de tomada de decisão.

Foi demonstrado que nos hospitais EPE e suportando-nos na análise das médias verificadas, que a etapa mais importante para estes é a etapa nº 2 “Análise e definição do problema” e as menos relevantes nenhum dos inquiridos a selecionar estas etapas a fase nº4 e nº8 respetivamente a “Procura de alternativas de soluções” e a “Avaliação dos resultados”. Já para os inquiridos de hospitais SPA a fase mais importante com uma média significativa de 42,9% ficou a fase nº1, a “Perceção da situação”, as restantes fases verificou-se médias fracas devido ao número reduzido de inquiridos desta mesma tipologia jurídica hospitalar. Relativamente aos hospitais em PPP, a fase nº2 correspondendo à “Análise e definição do problema” surge como mais relevante com uma média de 25,0%, as fases menos importantes segundo os dados recolhidos é a nº4 e nº7, respetivamente a “Procura de alternativas de soluções” e a “Implementação da alternativa escolhida”. Quanto os hospitais privados, do total dos respondentes, 40,0% afirma que a fase mais importante é nº2, a “Análise e definição do problema”.

3.1. Qual a etapa mais importante no processo de tomada de uma decisão?	Estatuto Jurídico Hospitalar							
	EPE		SPA		PPP		Privado	
	N	%	N	%	N	%	N	%

1. Perceção da situação	2	6,9%	3	42,9%	2	16,7%	1	10,0%
2. Análise e definição do problema	12	41,4%	1	14,3%	3	25,0%	4	40,0%
3. Definição dos objetivos	5	17,2%	0	0,0%	2	16,7%	3	30%
4. Procura de alternativas de soluções	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
5. Avaliação e comparação dessas alternativas	2	6,9%	1	14,3%	2	16,7%	1	10,0%
6. Escolha da alternativa mais adequada	5	17,2%	1	14,3%	2	16,7%	0	0,0%
7. Implementação da alternativa escolhida	3	10,3%	1	14,3%	0	0,0%	1	10%
8. Avaliação dos resultados	0	0,0%	0	0,0%	1	8,3%	0	0,0%

Tabela nº5. – Etapas mais importantes no processo de tomada de uma decisão para os inquiridos.

Quando questionados sobre o grau de influência das várias condicionantes/fatores para a aplicabilidade das tomadas de decisão em contexto hospitalar, estabelecemos variáveis em consonância com aquelas abordadas na revisão de literatura,¹⁶ (“Influências Externas da Envolvente Organizacional – Política e Macroeconómica”; “Influências Internas – Condicionismos Organizacionais – Estrutura e desenho organizacional”; “Espaço temporal na formulação da tomada de decisão”; “Informação e Comunicação”; “Tecnologia”; “Formação profissional dos decisores”; “Motivação e Satisfação Profissional”; “Relações entre a Autonomia/Autoridade e Influência/Poder, “Liderança”; “Estatuto Jurídico do hospital”; “Políticas de governação hospitalar”; “Visão integrada a partir das mudanças observadas”; Superposição de objetivos individuais e coletivos”). Seguindo uma escala de Likert, tendo 5 categorias, variando entre, “Nula”; “Frac”; “Média”; “Elevada” e “Muito Elevada” correspondente a Scores de 1 a 5 (1 – Nula; 2 – Frac; 3 – Média; 4 – Elevada; 5 – Muito Elevada), foi solicitando ao inquirido que indicasse o grau de concordância ou discordância relativamente às várias variáveis ou dimensões de um determinado fenómeno, tendo sido observado, que os fatores/condicionais com médias mais significativas, a “Liderança” com 4,241, seguido da “Informação e Comunicação” com 4,017; “Influências Internas” com 3,896 e como quarto fator/condicionante mais predominante a “Motivação e Satisfação Profissional”. Os fatores/condicionantes com menores médias observadas, foram; o “Estatuto Jurídico Hospitalar” com 3,241; o “Espaço temporal” com 3,396; seguido da “Superposição de objetivos individuais e coletivos” com uma média de 3,465, o fator com menor média

¹⁶ Ver ponto 2.2.5 - Elementos e Fatores Condicionantes nas Organizações para a Tomada de Decisão

verifica foi as “Políticas de Governação Hospitalar” com uma média de 3,603.
(Questão 3.2)

3.2. Qual o grau de influência das seguintes condicionantes/fatores para a aplicabilidade das tomadas de decisão em contexto hospitalar?	Total Agrupado		Estatuto Jurídico Hospitalar							
			EPE		SPA		PPP		Privado	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Influências Externas	3,413	0,859	3,517	0,737	3,857	0,899	3,333	1,073	2,900	0,737
Influências Internas	3,896	0,787	3,862	0,833	3,714	0,755	4,000	0,852	4,000	0,666
Espaço temporal	3,396	0,747	3,344	0,768	3,571	0,786	3,416	0,514	3,400	0,966
Informação e Comunicação	4,017	0,868	4,034	0,823	4,142	1,463	3,916	0,668	4,000	0,816
Tecnologia	3,224	0,868	3,241	0,786	3,714	0,951	2,666	0,651	3,500	0,971
Formação Profissional	3,775	0,817	3,896	0,859	3,142	0,690	3,583	0,668	4,100	0,737
Motivação e Satisfação profissional	3,844	0,874	3,586	0,866	3,857	0,899	4,250	0,621	4,100	0,994
Autonomia/Autoridade e Influência/Poder	3,896	0,852	3,758	0,912	4,142	1,069	4,166	0,577	3,800	0,788
Liderança	4,241	0,683	4,034	0,565	4,285	1,112	4,666	0,492	4,300	0,676
Estatuto Jurídico do Hospital	3,241	1,048	3,103	1,046	3,571	1,272	3,500	0,904	3,100	1,100
Políticas de Governação Hospitalar	3,603	0,990	3,482	1,089	4,285	0,487	3,833	0,577	3,200	1,135
Visão integrada a partir das mudanças observadas	3,672	0,845	3,551	0,985	3,857	0,899	3,750	0,621	3,800	0,632
Superposição de objetivos individuais e coletivos	3,465	1,046	3,241	1,154	3,714	0,951	3,500	1,087	3,900	0,567

Tabela nº6. – Grau de influência dos fatores/condicionantes para a aplicabilidade das tomadas de decisão em contexto hospitalar.

Foi perguntado aos inquiridos qual o fator que mais influencia a tomada de decisão, pedindo-lhes que assinalassem a opção a que mais fortemente correspondia a opinião dos mesmos, ficou verificado expressivamente por 43,1% dos inquiridos que “A capacidade de liderança do decisor” é decisiva para a tomada de decisão, seguido de 25,9% de respostas dos inquiridos como “A capacidade em formular decisões

consensuais e satisfatórias”, os fatores que menos respostas tiveram são “A ética e valores do decisor” e “A capacidade do decisor de tomar decisões em grupo” ambas com apenas 3,4% da amostra. (Questão 3.3)

3.3. Qual o fator que mais influencia a tomada de decisão por parte dos decisores hospitalares?	Amostra		Estatuto Jurídico Hospitalar							
			EPE		SPA		PPP		Privado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A ética e valores do decisor	2	3,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	20,0%
A capacidade do decisor de tomar decisões em grupo	2	3,4%	1	1,3%	0	0,0%	1	8,3%	0	0,0%
A experiência profissional e académica do decisor	5	8,6%	2	6,9 %	0	0,0%	1	8,3%	2	20,0%
A racionalidade técnica do decisor	6	10,3%	3	10,3%	1	14,3%	2	16,7%	0	0,0%
A capacidade em formular decisões consensuais e satisfatórias	15	25,9%	11	37,9%	1	14,3%	0	0,0%	3	30,0%
A capacidade de liderança do decisor	25	43,1%	9	31,0%	5	71,4%	8	66,7%	3	30,0%
A visão do decisor sobre o futuro	3	5,2%	3	10,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	58	100%	29	100%	7	100%	12	100%	10	100%

Tabela nº7. – Fatores que mais influenciam a tomada de decisão por parte dos decisores hospitalares.

No que diz respeito à perceção do tipo de decisões de gestão mais tomada nos hospitais, através do gráfico de frequências, podemos observar que, 67,2% da amostra total perceciona que o tipo de decisões de gestão hospitalar mais utilizadas são as Decisões Rotineiras, e 32,8% dos inquiridos perceciona a utilização de Decisões Não Rotineiras. Os hospitais EPE apresentaram resultados em muito semelhantes à amostra global, de realçar, que inversamente ao disposto nos dados globais, nos hospitais SPA e Privados, a perceção destes para o tipo de decisões mais tomadas na gestão hospitalar recaiu nas Decisões Não Rotineiras, com 57,1% e 60% respetivamente. Nos hospitais PPP, foi observado uma esmagadora maioria quanto às Decisões Rotineiras, com 91,7% das respostas dos inquiridos destes hospitais: (Questão 3.4)

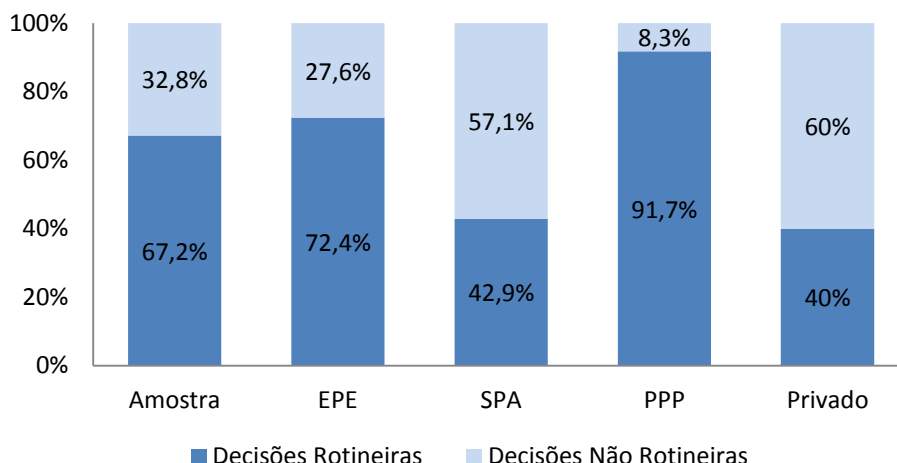


Gráfico n°5. – Tipos de decisões tomadas.

Foi solicitado aos inquiridos que assinalassem entre duas afirmações (*Existe uma relação direta entre a tomada de decisão hospitalar e o estatuto jurídico do hospital; Não existe qualquer relação entre a tomada de decisão hospitalar e o estatuto jurídico do hospital*), aquela a que traduzisse maior veracidade, 38 inquiridos correspondendo a 65,5 da amostra responderam que “Existe uma relação direta entre a tomada de decisão hospitalar e o estatuto jurídico hospitalar”, em qualquer das tipologias jurídicas dispostas no estudo foi observada a mesma tendência, tendo o EPE 58,6%; o SPA 58,6%; as PPP 71,4% e os privados 70,0%. (Questão 3.4)

Quando questionados sobre a existência ou falta da mesma quanto á relação entre a tomada de decisão hospitalar e o estatuto jurídico hospitalar, 38 inquiridos da amostra total correspondendo a uma média 65,5% responderam afirmativamente quanto à existência direta entre a tomada de decisão e o estatuto jurídico hospitalar, contrariamente, 34,5% a amostragem global, correspondendo a 20 inquiridos responderam que “Não existe uma relação direta entre a tomada de decisão hospitalar e o estatuto jurídico do hospital”.

Em todos os estatutos jurídicos hospitalares em análise ficou demonstrado a mesma tendência de resposta, sendo nos hospitais em regime de PPP aquele que maior percentagem de afirmativas de respostas teve com 9 inquiridos e uma média de 75,0%, seguindo de perto pelos hospitais SPA e privados com 71,4% e 70,0% da amostra global. Foi no estatuto jurídico hospitalar EPE em que emergiu uma média menos elevada comparativamente aos outros estatutos jurídicos hospitalares com uma total de 38 respostas afirmativas correspondendo a uma média 65,5% da amostragem, seguindo desta forma a tendência de respostas verificada.

3.4. Tendo em conta a sua experiência profissional, qual das seguintes afirmações traduz maior veracidade?	Amostra		Estatuto Jurídico Hospitalar							
			EPE		SPA		PPP		Privado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Existe uma relação direta entre a tomada de decisão hospitalar e o estatuto jurídico do hospital.	38	65,5%	17	58,6%	5	71,4%	9	75,0%	7	70,0%
Não existe uma relação direta entre a tomada de decisão hospitalar e o estatuto jurídico do hospital.	20	34,5%	12	41,4%	2	28,6%	3	25,05	3	30,0%
Total	58	100%	29	100%	7	100%	12	100%	10	100%

Tabela nº8. – Relação entre a tomada de decisão hospitalar e o estatuto jurídico hospitalar.

Na sequência da análise anterior, tentamos agora perceber e fazendo outro tipo de análise, descriminando devidamente nas duas respostas possíveis dispostas aos inquiridos no estudo, verificou-se que na opção “Existe uma relação direta entre a tomada de decisão hospitalar e o estatuto jurídico do hospital”, 44,7% foram respostas provenientes dos hospitais EPE, 23,7% de hospitais em PPP, 18,4% de hospitais privados e 13,2% de hospitais SPA.

Quanto à opção “Não existe uma relação direta entre a tomada de decisão hospitalar e o estatuto jurídico do hospital”, ficou na clarividência uma esmagadora taxa de resposta proveniente de hospitais EPE, as respostas ocorridas nesta opção de hospitais privados e em PPP situou-se nos 15% e por último com menor taxa de respostas nesta opção ficou os hospitais SPA.

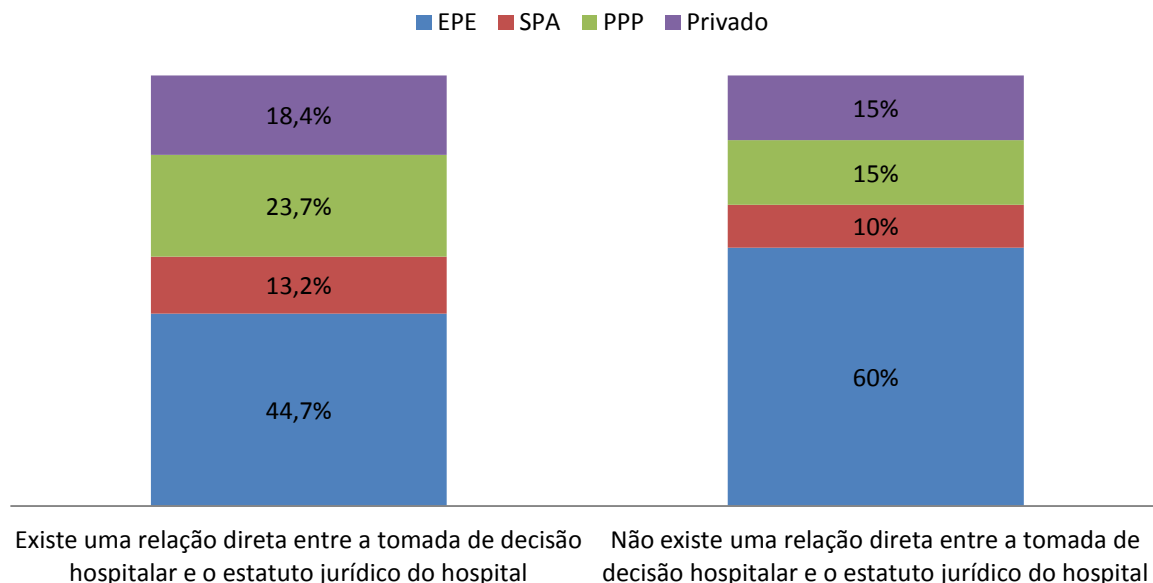


Gráfico nº6. – Taxa percentual dos estatutos jurídicos hospitalares por opção de resposta.

4.1.4. A Gestão Hospitalar

Tentamos verificar a perceção dos inquiridos para o grau de importância de várias variáveis no exercício da gestão hospitalar. Definiram-se 14 variáveis (“Definição estratégica global do hospital”; “Funcionalidade no desenho organizativo”; “Modelos remuneratórios”; “Comunicação Organizacional”; “Indicadores e avaliação de desempenho e de resultados”; “Sistemas de qualidade”; “Satisfação dos doentes”; “Controlo de custos”; “Articulação de cuidados”; “Inovação na gestão”; “Processos de contratualização”; “Formação profissional”; “Desenvolvimento tecnológico”) (*Questão 4.1*)

Segundo a amostragem global verificada, as variáveis com maiores médias foram, “Definição estratégica global do hospital” com uma média de 4,327, correspondendo a uma variável “Elevada”, sendo seguida de perto pelos “Indicadores e avaliação de desempenho e de resultados” com uma média de 4,103, sendo igualmente considerada como uma variável “Elevada”, em terceiro lugar surgiu a “Comunicação Organizacional” com uma média de 3,982, considerada como “Média” sendo uma média perto de ser considerada como “Elevada”, em quarto lugar surge a

“Satisfação dos utentes”, com uma média de 3,948, uma vez mais muito próximo de “Elevada”.

Já quanto as variáveis com menores médias verificadas, aquela com menor média averiguada foi os “Modelos remuneratórios” com uma média de 3,379, ainda assim sendo considerada como uma variáveis vincadamente “Média”, seguida do “Desenvolvimento tecnológico” correspondendo a uma média de 3,551 (Média), seguida de muito perto pelos “Processos de contratualização” com média de 3,569, a variáveis com menor média verificada foi os “Sistemas de qualidade” com uma média de 3,620. Fica evidenciado que na globalidade todas as variáveis tiveram médias iguais ou superiores a Média, não existindo na amostragem global a ocorrência de variáveis consideradas como Fracas ou Nulas para o exercício de gestão hospitalar por parte dos decisores hospitalares.

Desdobrando a análise e descriminando por estatuto jurídico hospitalar, fica evidenciado segundo os dados recolhidos que nos hospitais EPE, a variáveis com média mais significativa a “Definição estratégica global do hospital” com uma média de 4,275 (Elevada), as varáveis com menores médias em foram os “Sistemas de qualidade” e a “Inovação na gestão”, ambas com uma média de 3,413 (Média). Relativamente aos hospitais SPA segundo os inquiridos dos mesmos, a variáveis mais relevante para o exercício da gestão hospitalar foi a “Articulação de cuidados” com uma média de 3,714 (Média) e com menor média verificada os “Modelos remuneratórios” com uma média de 3,142 (Média). Nos hospitais PPP a média com valores mais significativos foi os “Indicadores e avaliação de desempenho e de resultados” com uma média de 4,750 (Elevada), e as variáveis com menores médias verificadas neste estatuto jurídico hospitalar ficar os “Modelos remuneratórios” e o “Desenvolvimento tecnológico”, ambas com uma média de 3,333 (Média). Por último, quanto aos hospitais privados, a variável que surge com mais importante com 4,600 (Elevada) ficou a “Definição global do hospital” e com menor média verificada com 3,000 (Média) o “Desenvolvimento tecnológico”.

4.1. Qual o grau de importância das seguintes variáveis quanto ao exercício de gestão hospitalar?	Amostra	Estatuto Jurídico Hospitalar			
		EPE	SPA	PPP	Privado

	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Definição estratégica global do hospital	4,327	0,824	4,275	0,882	3,714	0,951	4,583	0,668	4,600	0,516
Funcionalidade do desenho organizativo	3,827	0,704	3,758	0,872	3,714	0,487	3,833	0,577	4,100	0,316
Modelos remuneratórios	3,379	0,854	3,448	0,827	3,142	1,345	3,333	0,778	3,400	0,699
Comunicação organizacional	3,982	0,826	3,793	0,818	4,142	1,069	4,000	0,738	4,400	0,699
Indicadores e avaliação de desempenho e de resultados	4,103	0,949	3,827	1,002	3,714	1,253	4,750	0,452	4,400	0,516
Sistemas de qualidade	3,620	0,812	3,413	0,866	3,428	0,534	4,083	0,514	3,800	0,918
Satisfação dos utentes	3,948	0,998	3,862	0,953	3,571	1,618	3,916	0,792	4,500	0,707
Satisfação dos profissionais	3,931	1,006	4,000	0,963	3,285	1,496	3,750	0,965	4,400	0,516
Articulação de cuidados	3,758	0,9043	3,758	0,834	3,714	1,112	3,583	1,164	4,000	0,666
Inovação na gestão	3,637	0,872	3,413	0,824	3,571	1,272	3,916	0,792	4,000	0,666
Processos de contratualização	3,569	0,900	3,517	0,911	3,714	0,951	3,666	0,984	3,500	0,849
Formação profissional	3,672	0,925	3,655	0,813	3,142	0,899	3,583	1,164	4,200	0,788
Desenvolvimento tecnológico	3,551	0,753	3,586	0,682	3,428	1,133	3,333	0,651	3,000	0,788

Tabela nº9. – Grau de importância de variáveis quanto ao exercício de gestão hospitalar.

É chegada a hora de se analisar a percepção dos inquiridos detêm quanto as principais dificuldades a que um gestor hospitalar está sujeito, entre 9 opções foi pedido aos inquiridos para selecionarem as 3 opções a que mais fortemente correspondesse a sua opinião. As 9 dificuldades dispostas no questionário por nos elaborado foram (“Dificuldades de financiamento e execução orçamental”; “Dificuldade no cumprimento dos planos de actividade”; “Dificuldades nas decisões relativas aos Recursos Humanos”; “Dificuldades nas decisões relativas aos Recursos Financeiros da organização”; “Dificuldades nas decisões relativas aos Recursos Técnicos, nomeadamente tecnológicos”; “Dependência da organização relativamente a políticas derivadas pelo Estado/Acionistas”; “Dificuldades na articulação entre a gestão estratégica e a gestão operacional”; “Dificuldades inerentes de operações logísticas”; “Dificuldades no cumprimento de obrigações com as indústrias da saúde”), as quais foram agrupadas em várias combinações das respostas mais escolhidas. (*Questão 4.2*)

Ficou evidenciado por via da análise dos dados recolhidos, que as principais dificuldades apontadas foram o “Financiamento e execução orçamental” das organizações hospitalares, as “Decisões relativas aos recursos humanos”, a “Dependência da organização relativamente a políticas derivadas pelo Estado/acionistas” e a “Articulação entre a gestão estratégica e a gestão operacional” sendo esta última dificuldade mais relevante apenas apontada mais fortemente nos hospitais privados como o gráfico acima demonstra.

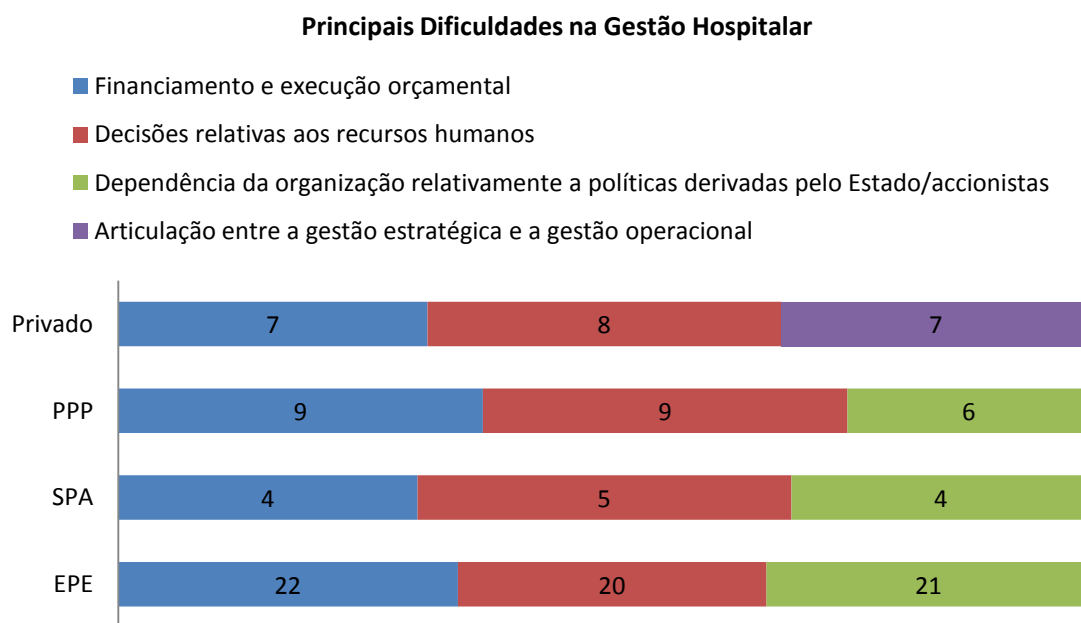


Gráfico nº7. – Principais dificuldades na gestão hospitalar.

4.1.5. Satisfação Profissional

No que diz respeito à satisfação profissional foi outra das dimensões que tentamos extrair analiticamente de acordo com os dados recolhidos, foi questionado aos inquiridos que traduzissem o seu grau de satisfação como o papel profissional desempenhado na organização hospitalar quanto às seguintes dimensões, (“Quanto à autonomia e poder?”; “Quanto às condições de trabalho?”; “Quanto à realização pessoal e profissional?”; “Quanto às relações de trabalho e suporte social?”; “Quanto à remuneração?”; “Quanto à segurança no emprego?”; “Quanto ao *status* e prestígio?”) de referir, que a operacionalização desta questão foi formulada de acordo com as dimensões dispostas no *Exercício Ex 256* (Luís Graça:2009) relativo ao apuramento da hierarquia de valores no trabalho. (*Questão 5.1*)

Novamente seguindo uma escala de *Likert*, tendo sido estabelecido 5 categorias, variando o grau de satisfação como: “Nula”; “Fraca”; “Média”; “Elevada” e “Muito Elevada” correspondente a Scores de 1 a 5 (1 – Nula; 2 – Fraca; 3 – Média; 4 – Elevada; 5 – Muito Elevada), foi solicitando ao inquirido que indicasse o grau de concordância ou discordância relativamente às várias dimensões acima dispostas, procedendo a uma leitura global da amostra as dimensões em que foram verificadas maior médias e consequente maior grau de satisfação com as mesmas foram “Quanto à realização pessoal e profissional” com uma médio de 3,500 (Satisfação Média) e desvio-padrão de 0,821 e “Quanto às condições trabalho” com uma média 3,482 (Satisfação Média) e desvio-padrão de 0,731. Olhando para as dimensões que apresentaram menor médias verificadas ficaram “Quanto à remuneração” com uma média de 2,448 (Satisfação Fraca) e desvio-padrão de 0,776, outra das dimensões com baixa média de satisfação foi “Quanto à autonomia e poder” com uma média de 3,086 (Satisfação Média) e um desvio-padrão de 0,778.

Quanto ao grau de satisfação por grupo de estatuto jurídico hospital, nos hospitais EPE o maior grau de satisfação recai “Quanto às condições de trabalho”, com uma média de 3,517 (Satisfação Média) e um desvio-padrão de 0,828. Já no que diz respeito aos hospitais SPA, a dimensão com maior satisfação é “Quanto à realização pessoal e profissional” com uma média de 3,000 (Satisfação Média) e um desvio-padrão de 0,816; nos hospitais PPP à semelhança dos hospitais EPE, o maior grau de satisfação incide “Quanto às condições de trabalho” com uma média de 3,500 (Satisfação Média) e um desvio-padrão de 0,674; por último nos hospitais privados o maior grau de satisfação alude “Quanto à realização pessoal e profissional” com uma média de 4,500 (Satisfação Elevada), sendo este valor aquele que traduz maior grau de satisfação, tendo um desvio-padrão de 0,421.

Chegados ao fim da análise, importa referir, que foi observado que para os inquiridos em todos os estatutos jurídicos a dimensão em que é mostrado maior desagrado com a satisfação profissional é precisamente “Quanto á remuneração” tendo nos estatutos jurídicos hospitalares: EPE, SPA e PPP verificado médias compreendidas entre 2,000 e 2,833 (Satisfação Fraca), ainda assim, de salientar que para os inquiridos de hospitais privados apesar de insatisfeitos, foi este o estatuto jurídico em que foi observado uma média mais elevada comparativamente as observados de estatutos jurídicos hospitalares diferentes, tendo uma média de 3,200 (Satisfação Média) e um desvio-padrão de 0,421.

5.1. Relativamente à sua função profissional, como traduz o seu grau de satisfação com a mesma?	Amostra Agrupada		Estatuto Jurídico Hospitalar							
			EPE		SPA		PPP		Privado	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Quanto à autonomia e poder.	3,086	0,778	2,931	0,842	2,714	0,487	3,333	0,778	3,500	0,527
Quanto às condições de trabalho.	3,482	0,731	3,517	0,828	2,857	0,377	3,500	0,674	3,800	0,421
Quanto à realização pessoal e profissional.	3,500	0,821	3,4482	0,869	3,000	0,816	3,333	0,651	4,200	0,421
Quanto às relações de trabalho e suporte social.	3,310	0,654	3,379	0,676	2,714	0,487	3,166	0,577	3,700	0,483
Quanto à remuneração?	2,448	0,776	2,137	0,693	2,000	0,577	2,833	0,717	3,200	0,421
Quanto à segurança no emprego.	3,310	0,940	3,413	0,907	2,428	0,786	3,416	0,792	3,500	1,080
Quanto ao status e prestígio.	3,379	0,696	3,482	0,574	2,857	0,377	3,250	0,621	3,600	1,074

Tabela nº10. – Grau de satisfação com dimensões laborais.

4.2 Análise Inferencial

4.2.1. Teste de *Kruskal-Wallis* - A Tomada de Decisão

Na tabela n.º11, foi representada a análise inferencial do teste do *Kruskal-Wallis*, com as médias ordenadas, o valor χ^2 , e o valor p , de forma a compreender, se o grau de influência, atribuído aos diversos fatores para a aplicabilidade das tomadas de decisão, apresentava a mesma distribuição nos diferentes Estatutos Jurídicos Hospitalares.

Verifica-se, que o valor p do grau de influência do fator Liderança é inferior a 0,05 ($p=0,023$), o que indica a existência de diferenças significativas do grau atribuído a este fator, na distribuição da amostra nos diferentes Estatutos Jurídicos Hospitalares.

Deste modo, rejeita-se a Hipótese Nula que preconizava a distribuição igual da amostra por Estatuto Jurídico Hospitalar, aceitando-se a Hipótese Alternativa.

Relativamente ao grau de influência, na aplicabilidade das Tomadas de Decisão, dos restantes fatores; – Influências Externas ($p=0,102$), Influências Internas ($p=0,773$), Espaço Temporal ($p=0,976$), Informação e Comunicação ($p=0,563$), Tecnologia (0,051), Formação Profissional ($p=0,074$), Motivação e Satisfação Profissional ($p=0,085$), Autonomia/Autoridade e Influência/Poder ($p=0,387$), Estatuto Jurídico Hospitalar ($p=0,586$), Políticas de Governação Hospitalar ($p=0,103$), Visão Integrada a partir das Mudanças Observadas ($p=0,845$), Superposição de Objetivos Individuais e Coletivos ($p=0,362$), verifica-se que o valor p é superior a 0,05.

Desta forma, aceita-se a Hipótese Nula, que traduz a igualdade da distribuição do grau de influência destes fatores na aplicabilidade da tomada de decisão, pelos quatro Estatutos Jurídicos Hospitalares, não diferindo de uns para os outros.

	EPE (n=29)	SPA (n=7)	PPP (n=12)	Privado (n=10)	χ^2	p	Hipótese de investigação
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank			
Influências Externas	30,79	38,71	29,00	19,90	6,203	0,102	Aceita-se a H0
Influências Internas	28,74	25,21	32,33	31,30	1,118	0,773	Aceita-se a H0
Espaço Temporal	28,81	31,71	29,63	29,80	0,210	0,976	Aceita-se a H0
Informação e Comunicação	29,69	36,43	26,08	28,20	2,047	0,563	Aceita-se a H0
Tecnologia	30,43	37,21	19,13	33,85	7,783	0,051	Aceita-se a H0
Formação	31,84	17,64	25,46	35,85	6,933	0,074	Aceita-se a

Profissional							H0
Motivação e Satisfação Profissional	24,60	30,14	36,50	34,85	6,613	0,085	Aceita-se a H0
Autonomia/Autoridade e Influência/Poder	27,12	35,50	34,08	26,70	3,029	0,387	Aceita-se a H0
Liderança	24,00	33,86	39,33	30,60	9,574	0,023	Rejeita-se a H0
Estatuto Jurídico Hospitalar	27,22	34,14	33,42	28,15	1,934	0,586	Aceita-se a H0
Políticas de Governação Hospitalar	27,40	41,43	31,96	24,30	6,189	0,103	Aceita-se a H0
Visão integrada a partir das mudanças observadas	27,67	32,07	30,63	31,65	0,819	0,845	Aceita-se a H0
Superposição de objetivos individuais e coletivos	26,34	33,36	29,50	35,95	3,200	0,362	Aceita-se a H0

Nível de significância $p < 0,05$

Tabela nº11. – Teste de *Kruskal-Wallis* – Qual o grau de influência das seguintes condicionantes/fatores para a aplicabilidade das tomadas de decisão.

Após a averiguação de diferenças estatisticamente significativas na distribuição do grau de influência, na aplicação da tomada de decisão, do fator Liderança, foi realizado um teste de comparação múltipla das médias de ordem (Dunn), para conhecer em que Estatutos Jurídicos Hospitalares diferem significativamente essas mesmas distribuições.

Verificou-se, assim, como é possível observar na tabela n.º12, que as diferenças da distribuição do grau de influência da Liderança, nas tomadas de decisão, ocorreram, segundo o valor p assintótico entre os EPE e os PPP ($p=0,003 < 0,05$). Se for utilizado o valor p ajustado, verifica-se que as diferenças significativas na distribuição da amostra, ocorrem nas mesmas Unidades ($p \text{ ajustado} = 0,019 < 0,05$).

Liderança - Comparação múltipla de médias de ordem	P	$p \text{ ajustado}$
EPE – Privado	0,233	1,000
EPE – SPA	0,121	0,726
EPE – PPP	0,003	0,019
Privado – SPA	0,662	1,000

Privado – PPP	0,177	1,000
SPA – PPP	0,446	1,000

Nível de significância $p < 0,05$

Tabela nº.12 – Teste de *Kruskal-Wallis* - Comparação múltipla de médias de ordem da Liderança.

4.2.2. Teste de *Kruskal-Wallis* - A Gestão Hospitalar

A tabela n.º13 é constituída por uma análise inferencial do teste do *Kruskal-Wallis*, representado pelo valor das médias ordenas, o valor χ^2 , e o valor p , por forma a compreender, se o grau de importância das diversas variáveis na Gestão Hospitalar, apresenta a mesma distribuição nos diferentes Estatutos Jurídicos Hospitalares.

Verificou-se que o grau de importância atribuído à variável, correspondente aos Indicadores e Avaliação de Desempenho e de Resultados, obteve um valor $\chi^2 = 11,632$ e um valor $p = 0,009$, o que se traduz num valor inferior ao nível de significância de 5%, apresentando assim, a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da distribuição desta variável pelos quatro Estatutos Jurídicos Hospitalares, rejeitando-se a Hipótese Nula.

No que refere-se ao grau de importância das restantes variáveis para a Gestão Hospitalar, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na sua distribuição pelos diferentes Estatutos Jurídicos Hospitalares ($p > 0,05$): Definição Estratégica do Hospital ($p = 0,122$), Funcionalidade do Desenho Organizativo ($p = 0,542$), Modelos Remuneratórios ($p = 0,933$), Comunicação Organizacional ($p = 0,167$), Sistemas de Qualidade ($p = 0,058$), Satisfação dos Utentes ($p = 0,268$), Satisfação dos Profissionais ($p = 0,227$), Articulação de Cuidados ($p = 0,829$), Inovação na Gestão ($p = 0,126$), Processos de Contratualização ($p = 0,733$), Formação Profissional ($p = 0,142$), Desenvolvimento Tecnológico ($p = 0,611$).

Desta forma, aceita-se a Hipótese Nula, que representa a igualdade da distribuição do grau de importância destas variáveis no contexto da gestão hospitalar, pelos quatro Estatutos Jurídicos Hospitalares, não diferindo de uns para os outros.

	EPE (n=29)	SPA (n=7)	PPP (n=12)	Privado (n=10)	χ^2	p	Hipótese de investigação
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank			
Definição estratégica do hospital	28,83	18,14	34,25	33,70	5,795	0,122	Aceita-se a H0
Funcionalidade do desenho organizativo	28,19	26,64	29,25	35,60	2,151	0,542	Aceita-se a H0
Modelos	30,45	27,07	27,88	30,40	0,433	0,933	Aceita-se a

remuneratórios							H0
Comunicação organizacional	25,84	34,21	28,88	37,55	5,068	0,167	Aceita-se a H0
Indicadores e Avaliação de desempenho e de resultados	24,43	24,14	41,63	33,40	11,632	0,009	Rejeita-se a H0
Sistemas de qualidade	25,41	24,86	38,92	33,30	7,501	0,058	Aceita-se a H0
Satisfação dos utentes	27,71	27,07	27,63	38,65	3,939	0,268	Aceita-se a H0
Satisfação dos profissionais	30,38	21,93	25,96	36,50	4,337	0,227	Aceita-se a H0
Articulação de cuidados	29,07	29,00	27,42	33,60	0,885	0,829	Aceita-se a H0
Inovação na gestão	24,91	29,21	35,25	36,10	5,714	0,126	Aceita-se a H0
Processos de contratualização	28,00	32,64	32,96	27,50	1,286	0,733	Aceita-se a H0
Formação profissional	28,86	20,71	28,58	38,60	5,444	0,142	Aceita-se a H0
Desenvolvimento tecnológico	30,12	28,36	25,08	33,80	1,819	0,611	Aceita-se a H0

Nível de significância $p < 0,05$

Tabela nº13. – Teste de *Kruskal-Wallis* - Grau de importância das variáveis na gestão hospitalar.

Para reconhecer os Estatutos Jurídicos Hospitalares onde as distribuições do grau de importância da variável - Indicadores e Avaliação de Desempenho e de Resultados, são significativas, procedeu-se ao teste de *Dunn*, de comparações múltiplas das médias de ordem.

Foi observado, na tabela n.º14, que as diferenças significativas na distribuição da amostra, segundo o valor p assintótico não ajustado, ocorreram entre o Estatuto SPA e o Estatuto PPP ($p=0,019 < 0,05$), e entre o Estatuto EPE e o Estatuto PPP ($p=0,001 < 0,05$). Se utilizado o valor p ajustado, verifica-se que as diferenças entre o SPA e PPP perdem significância ($p=0,115 > 0,05$).

No entanto, devido à reduzida dimensão da amostra e ao conservadorismo do valor p ajustado, concluímos a existência de diferenças significativas na distribuição do grau de importância dos Indicadores e Avaliação de Desempenho e de Resultados entre os Estatutos EPE e PPP, e, embora com menor rigor, entre os Estatutos SPA e PPP, como indica o valor p assintótico.

Indicadores e Avaliação de desempenho e de resultados - Comparação múltipla de médias de ordem	P	p ajustado
---	-----	--------------

SPA – EPE	0,965	1,000
SPA – Privado	0,231	1,000
SPA – PPP	0,019	0,115
EPE – Privado	0,119	0,714
EPE – PPP	0,001	0,008
Privado – PPP	0,221	1,000

Nível de significância $p < 0,05$

Tabela nº14. - Teste de *Kruskal-Wallis* – Comparação múltipla de médias de ordem dos Indicadores e Avaliação de desempenho e de resultados.

4.2.3. Teste de *Kruskal-Wallis* - Satisfação Profissional

Para apurar, se os diversos aspetos de satisfação profissional dos inquiridos se encontravam relacionados com os distintos Estatutos Jurídicos Hospitalares, foi realizada uma análise inferencial do teste do *Kruskal-Wallis*, representando os valores das médias de ordem, o valor χ^2 e o valor p , na tabela n.º15.

Foi verificada a existência de diferenças na distribuição da amostra (valores p inferiores a 5%), no que concerne à Satisfação Profissional com as Condições de Trabalho ($\chi^2=8,608$; $p=0,035$); à Satisfação Profissional com a Realização Pessoal e Profissional ($\chi^2=11,717$; $p=0,008$); à Satisfação Profissional com as Relações de Trabalho e Suporte Social ($\chi^2=10,608$; $p=0,014$); e à Satisfação com a Remuneração ($\chi^2=21,118$; $p=0,000$), relativamente aos diferentes Estatutos Jurídicos Hospitalares.

Desta forma, rejeita-se a Hipótese Nula, aceitando-se a Hipótese Alternativa, indicando uma relação entre estes elementos de satisfação com os Estatutos Jurídicos Hospitalares.

As componentes de satisfação relativas à Autonomia e Poder, à Segurança no emprego, e ao *Status* e prestígio, não foram verificadas diferenças na distribuição da amostra, consoante o Estatuto Jurídico Hospitalar, possuindo valores p superiores a 5%, pelo que é aceite a Hipótese Nula, que traduz a igualdade na distribuição da amostra pelos Estatutos Jurídicos Hospitalares.

	EPE (n=29)	SPA (n=7)	PPP (n=12)	Privado (n=10)	χ^2	p	Hipótese de investigação
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank			
Quanto à autonomia e poder?	27,21	20,29	33,13	38,25	7,649	0,054	Aceita-se a H0
Quanto às	30,03	15,00	30,42	37,00	8,608	0,035	Rejeita-se a

condições de trabalho?							H0
Quanto à realização pessoal e profissional?	28,93	20,21	24,54	43,60	11,717	0,008	Rejeita-se a H0
Quanto às relações de trabalho e suporte social?	31,29	15,64	25,58	38,70	10,608	0,014	Rejeita-se a H0
Quanto à remuneração?	23,00	20,14	37,17	45,60	21,118	0,000	Rejeita-se a H0
Quanto à segurança no emprego?	31,38	14,13	30,25	33,90	7,770	0,051	Aceita-se a H0
Quanto ao status e prestígio?	32,59	17,50	27,04	31,90	6,153	0,104	Aceita-se a H0

Nível de significância $p < 0,05$

Tabela nº15. – Teste de *Kruskal-Wallis* – Quais as principais dificuldades a que um gestor hospitalar está sujeito.

Para identificar os Estatutos Jurídicos Hospitalares onde as diferenças das distribuições do grau de Satisfação Profissional, quanto às suas componentes - condições de trabalho; realização pessoal e profissional; relações de trabalho e suporte social; e remuneração, são significativas, procedeu-se ao teste de *Dunn*, de comparações múltiplas das médias de ordem para cada uma destas componentes.

Para a componente da Satisfação Profissional quanto às Condições de Trabalho, foi verificado, na tabela n.º16, que as diferenças significativas na distribuição da amostra, segundo o valor p assintótico não ajustado, ocorreram entre o Estatuto SPA e o Estatuto EPE ($p=0,021$), entre o Estatuto SPA e o Estatuto PPP ($p=0,036$), e entre o Estatuto SPA e o Estatuto de Privado ($p=0,004$). Se utilizado o valor p ajustado, verifica-se que as diferenças entre o SPA e o EPE perdem significância ($p=0,125 > 0,05$), assim como as diferenças entre o SPA e o PPP ($p=0,215 > 0,05$).

No entanto, devido à dimensão da amostra e ao conservadorismo do valor p ajustado, concluímos a existência de diferenças significativas na distribuição do grau de satisfação quanto às condições de trabalho, entre os Estatutos SPA e Privado, e, embora com menor rigor, entre os Estatutos SPA e EPE e entre os Estatutos SPA e PPP, como indica o valor p assintótico.

Satisfação quanto às condições de trabalho - Comparação múltipla de médias de ordem	<i>P</i>	<i>p ajustado</i>
SPA – EPE	0,021	0,125
SPA – PPP	0,036	0,215
SPA – Privado	0,004	0,023
EPE – PPP	0,943	1,000
EPE – Privado	0,219	1,000
PPP – Privado	0,319	1,000

Nível de significância $p < 0,05$

Tabela nº16. – Teste de *Kruskal-Wallis* - Comparação múltipla de médias de ordem da Satisfação quanto às condições de trabalho.

Para a componente da Satisfação Profissional quanto à Realização Pessoal e Profissional, foi averiguado, na tabela n.º17, que as diferenças significativas na distribuição da amostra, segundo o valor p assintótico não ajustado, ocorreram entre o Estatuto SPA e o Estatuto de Privado ($p=0,003$), entre o Estatuto PPP e o Estatuto de Privado ($p=0,005$), e entre o Estatuto EPE e o Estatuto de Privado ($p=0,011$). Se utilizado o valor p ajustado, verifica-se que as diferenças entre o EPE e o Privado perdem significância ($p=0,066 > 0,05$), contudo, aceita-se a existência de diferenças entre estes dois Estatutos Jurídicos, como indica o seu valor p assintótico.

Satisfação quanto à realização pessoal e profissional - Comparação múltipla de médias de ordem	<i>P</i>	<i>p ajustado</i>
SPA – PPP	0,563	1,000
SPA – EPE	0,188	1,000
SPA – Privado	0,003	0,015
PPP – EPE	0,416	1,000
PPP – Privado	0,005	0,028
EPE – Privado	0,011	0,066

Nível de significância $p < 0,05$

Tabela nº17. – Teste de *Kruskal-Wallis* – Comparação múltipla de médias de ordem da Satisfação quanto à realização pessoal e profissional.

Para a componente da Satisfação Profissional quanto às Relações de Trabalho e Suporte Social, foi observado, na tabela n.º18, que as diferenças significativas na distribuição da amostra, segundo o valor p assintótico não ajustado, ocorreram entre o Estatuto SPA e o Estatuto EPE ($p=0,015$), entre o Estatuto SPA e o Estatuto de Privado ($p=0,002$), e entre o Estatuto PPP e o Estatuto de Privado ($p=0,045$). Quando utilizado o valor p ajustado, verifica-se que as diferenças entre o SPA e o EPE

($p=0,089>0,05$), e as diferenças entre o PPP e o Privado ($p=0,268>0,05$), perdem significância.

No entanto aceitamos, a existência de diferenças significativas da distribuição da amostra relativa à satisfação profissional quanto às relações de trabalho e suporte social, entre os Estatutos Jurídicos, referidos pelo valor p assintótico.

Satisfação quanto às relações de trabalho e suporte social - Comparação múltipla de médias de ordem	P	p ajustado
SPA – PPP	0,171	1,000
SPA – EPE	0,015	0,089
SPA – Privado	0,002	0,013
PPP – EPE	0,275	1,000
PPP – Privado	0,045	0,268
EPE – Privado	0,185	1,000

Nível de significância $p<0,05$

Tabela nº18. – Teste de *Kruskal-Wallis* – Comparação múltipla de médias de ordem da Satisfação quanto às relações de trabalho e suporte social.

Para a componente da Satisfação Profissional quanto à Remuneração, foi verificado, na tabela n.º19, que as diferenças significativas na distribuição da amostra, segundo o valor p assintótico não ajustado, ocorreram entre o Estatuto SPA e o Estatuto PPP ($p=0,022$), entre o Estatuto SPA e o Estatuto Privado ($p=0,001$), entre o Estatuto EPE e o Estatuto PPP ($p=0,008$), e entre o Estatuto EPE e o Estatuto Privado ($p=0,000$). Se utilizado o valor p ajustado, verifica-se que as diferenças entre os Estatutos SPA e PPP perdem significância ($p=0,129>0,05$), contudo, aceita-se, também, a existência de diferenças entre estes dois Estatutos Jurídicos Hospitalares, como indica o seu valor p assintótico.

Satisfação quanto à remuneração - Comparação múltipla de médias de ordem	P	p ajustado
SPA – EPE	0,659	1,000
SPA – PPP	0,022	0,129
SPA – Privado	0,001	0,005
EPE – PPP	0,008	0,049
EPE – Privado	0,000	0,000
PPP – Privado	0,206	1,000

Nível de significância $p<0,05$

Tabela nº19. – Teste de *Kruskal-Wallis* – Comparação múltipla de médias de ordem da Satisfação quanto à remuneração.

4.2.4 Teste do Qui-Quadrado

Para testar se as respostas, dos inquiridos, quanto às seguintes questões – “Qual a etapa mais importante no processo de tomada de uma decisão?”; “Qual o fator que mais influencia a tomada de decisão por parte dos decisores hospitalares?”; “Tipo de decisões de gestão mais tomadas no seu hospital?”; “De acordo com a sua experiência profissional, considera que existe ou não existe uma relação direta entre a tomada de decisão hospitalar e o estatuto jurídico do hospital?”; e “Quais as principais dificuldades a que um gestor hospitalar está sujeito?”, se estavam relacionadas com os diferentes Estatutos Jurídicos Hospitalares, foi efetuado o teste Qui-Quadrado (χ^2), que nos forneceu o valor χ^2 e o valor p . (Tabela n.º20)

Foi verificado, que apenas o tipo de decisões mais tomadas no Hospital, dos inquiridos, se encontra relacionada com o Estatuto Jurídico Hospitalar, apresentando o valor $\chi^2=8,861$ e um valor $p=0,031$, inferior a 0,05.

Neste Âmbito, rejeita-se a Hipótese Nula que traduz a igualdade da distribuição da amostra, relativamente às decisões tomadas nos Hospitais, nos diferentes Estatutos Jurídicos Hospitalares.

Quanto às outras questões aqui decorridas, não se evidenciaram diferenças significativas nas respostas às questões, entre os diferentes Estatutos Jurídicos Hospitalares, aceitando-se assim a H_0 .

Importa referir que na aplicação do teste do Qui-Quadrado, derivado da amostra ser reduzida ($n=58$), não se verificaram as condições necessárias para a sua total validade, deste forma, à falta da aplicação com rigor do teste, o valor p é meramente indicativo, aceite, no entanto, como válido no presente estudo.

Questões	χ^2	P
Etapa mais importante no processo de tomada de uma decisão.	17,102	0,516
Fator que mais influencia a tomada de decisão por parte dos decisores hospitalares.	27,219	0,075
Tipo de decisões de gestão mais tomadas no seu hospital.	8,861	0,031
Existência ou não existência de uma relação direta entre a tomada de decisão hospitalar e o estatuto jurídico do hospital.	1,285	0,733

Principais dificuldades a que um gestor hospitalar está sujeito.	77,256	0,232
--	--------	-------

Nível de significância $p < 0,05$

Tabela nº20. – Teste Qui-Quadrado – Questões categóricas de variáveis aleatórias.

V. Discussão de Resultados

Neste capítulo foi definido o conjunto de resultados mais relevantes, verificando relações com resultados obtidos em outros trabalhos de investigação e na literatura revista.

Finalizada a apresentação dos dados, é agora possível realizar uma caraterização genérica extraída da amostra dos decisores hospitalares presentes no estudo realizado, estabelecendo um perfil genérico dos inquiridos, assim sendo, o nosso decisor hospitalar pode ser definido, como; pertencente ao “Sexo Masculino”, com uma “Idade de 58 anos”, tendo em sua posse um grau de formação académica compreendido entre a “Licenciatura e Mestrado”, desempenha a sua atividade/função profissional em um “Hospital EPE” e é “Diretor de Serviço”, sendo que para este decisor, a etapa mais relevante no processo de tomada de decisão é a da, “Análise e definição do problema”, ainda para o mesmo, o fator que mais influência e condiciona as tomadas de decisão em contexto hospital é a “Liderança”, valorizando consequentemente a, “A capacidade de liderança do decisor”, este decisor hospitalar considera que parte significativa das decisões tomadas na gestão hospitalar são vincadamente “Decisões Rotineiras”, e tendo em consideração a experiência deste decisor, para o mesmo, é patenteado que, “Existe uma relação direta entre a tomada de decisão hospitalar e estatuto jurídico hospitalar”, selecionando também, que a variável mais importante para o exercício de gestão hospitalar como sendo a, “Definição estratégica do hospital”, sendo que, as principais dificuldades para a mesma, prendem-se com os aspetos do, “Financiamento e execução orçamental”, e das, “Decisões relativas aos recursos humanos”, e na, “Dependência da organização hospitalar relativamente a políticas derivadas pelo Estado/acionistas”, quanto à satisfação profissional deste decisor, o mesmo releva uma maior satisfação, “Quanto à realização pessoal e profissional”, salientando grande insatisfação, “Quanto à remuneração”.

Após este exercício de caraterização genérica quanto ao perfil do decisor hospitalar presente no estudo realizado, iremos agora discutir a relevância e ajustabilidade dos resultados obtidos, interpretando-os à luz do conhecimento que o investigador adquiriu no desenrolar do projeto de investigação, e de acordo com a literatura.

A etapa do processo da tomada de decisão mais respondida no questionário realizado foi a “Análise e definição do problema” com 34,5% das respostas obtidas, esta etapa torna-se especialmente relevante, já que é nela requer que o decisor seja

devidamente consciente da problemática disposta, para que possa fazer um diagnóstico correto, identificando todas as variáveis do problema, é nesta etapa também, que é mais requerida informação auxiliar exata, de fiabilidade que suporte o decisor na definição real do problema.

Mas efetivamente, todas as etapas do processo de tomada de decisão são importantes, e estão interrelacionadas e logicamente estruturadas, há um encadeamento evidente, mas de todas as etapas do processo, a que implica um maior grau de “não retorno”, é precisamente o momento da escolha da alternativa mais adequada, é nesta etapa, em que o decisor faz o ato final de escolha, definindo um determinado curso de ação.

Os inquiridos quando questionados quanto ao grau de influência das condicionantes/fatores para a aplicabilidade das tomadas de decisão, o elemento que obteve maior significância numa escala de *Likert* tendo esta 5 categorias, correspondente a Scores de 1 a 5 correspondentes; (1 – *Nula*; 2 – *Fraca*; 3 – *Média*; 4 – *Elevada*; 5 – *Muito Elevada*), foi a “Liderança” com 4,241, o que acompanha a linha de raciocínio de Ross (*et al*, 2002), em que a liderança nos decisores hospitalares é fundamental no desenvolvimento de novos ciclos de mudança.

No exercício de liderança em hospitais deve-se ter em consideração vários fatores, como as políticas governamentais e jurídicas, desenvolver sistemas de qualidades de gestão que facilitem o entendimento entre profissionais e a respetiva monitorização e avaliação das políticas aplicadas, em suma, e em linha com os resultados obtidos, podemos sintetizar que a liderança para os decisores hospitalares engloba todas as outras condicionantes do processo da tomada de decisão abordados no estudo, evidentemente que existem fatores, que não estão no controle do decisor, como é o caso de políticas governamentais, ou do ambiente macroeconómico do país.

Foi ainda observado, a existência de diferenças estaticamente significativas quanto à liderança entre os hospitais EPE (4,034) e PPP (4,666), ou seja a liderança é nos hospitais PPP, é tida como aspeto mais crucial para a tomada de decisão, de fato com o modelo de concessão, e de acordo com Pedro Pita Barros (2010), acarreta uma maior transferência de risco para o setor privado, tendo estes, devido às exigências contratuais a necessidade de dar maior enfoque à liderança dos gestores hospitalares e da sua eficiência, para João Bilhim (2008a), sendo que nos organismos públicos/hospitais públicos, estes refletem o produto dos governos, alinhados aos processos políticos e dos modelos decisores políticos, esta visão na nossa opinião circunscrita a capacidade de liderança e de autonomia dos decisores hospitalares, já

que a aplicabilidade das políticas e das técnicas de gestão são tendencialmente mais próximas dos programas públicos, havendo nestas conservadorismos limitativos.

Outra das perguntas realizadas aos inquiridos do estudo, prendeu-se quanto aos fatores que na opinião dos mesmos, mais influencia a tomada de decisão por parte dos decisores hospitalares, ficou expressivamente evidenciado, que para 43,1% dos inquiridos como fator mais relevante, é "A capacidade de liderança do decisor", o que acompanha a tendência de resposta da pergunta: "Qual o grau de influência das seguintes condicionantes/fatores para a aplicabilidade das tomadas de decisão em contexto hospitalar?" que teve a liderança com condicionante com maior significância, de fato a liderança, foi dos fatores da tomada de decisão mais abordados na revisão de literatura, já perspetivando a sua relevância, algo que se veio a confirmar com a análise dos dados, de acordo com Sebastião Teixeira (2010), a liderança é a capacidade que o decisor possui em induzir nos outros aquilo que ele quer que façam, esta realidade apresenta-se como decisiva em qualquer contexto organizacional, para todo processo de tomada de decisão, como refere João Mezomo (2001), a liderança independentemente das conceitualizações possíveis é sempre um fator decisivo para o sucesso organizacional e também acrescentamos nós, em qualquer Estatuto Jurídico Hospitalar independentemente do seu caráter público, privado ou misto.

Estabelecer um perfil normativo de liderança é complexo, já que a liderança depende de um ambiente, ou situações específicas, ainda assim é consensual perante a literatura, que um líder dever adotar (hospitais incluídos) uma abordagem tendencialmente democrática, privilegiando as relações humanas, deve possuir um profundo conhecimento funcional da sua área profissional, apesar de a inteligência e o conhecimento serem recursos fundamentais a um decisor, "*...somente a eficácia é convertida em resultados.*", um decisor deve possuir capacidades técnicas específicas, mas um líder deve ser também evidentemente produtivo na implementação das decisões, e no normal desempenho das suas funções, e deve fundamentalmente induzir esse comportamento produtivo aos profissionais que lhe estão direta ou indiretamente subordinados, é neste espírito que assenta fundamentalmente uma liderança democrática.

Quanto à tipologia decisória nos hospitais, observou-se no questionário aplicado, que 67,2% dos inquiridos responderam que são aplicadas tendencialmente decisões rotineiras, de caráter programadas na gestão hospitalar, relacionando literatura de João Bilhim (2008b), as decisões rotineiras por serem previsíveis, implicam gastar menos recursos financeiros, alcançando desta forma, uma maior eficácia e eficiência na gestão hospitalar, as decisões não rotineiras com 32,8% de

respostas dos inquiridos, justificam-se na nossa visão, pela grande autonomia e variabilidade no exercício clínico que os profissionais de saúde são sujeitos, apesar de a pergunta deixar explícito que a mesma era referente à gestão, admitimos eventuais confusões por parte dos inquiridos.

Numa outra questão, os inquiridos do estudo consideraram, que a variável com maior grau de importância quanto ao exercício de gestão hospitalar, foi a “Definição estratégica global do hospital” com 4,327, de fato, a definição estratégica global de um hospital, assim como de qualquer tipo de organização, revela-se fundamental para a concretização de planos estratégicos a longo prazo, e de acordo com os autores Stephen M. Shortell e Arnold D. Kaluzny (2000), defendem que as organizações de saúde, nomeadamente as hospitalares, possuem características únicas e diferenciadas de outros tipos de organizações, requerendo estas altos índices de coordenação estratégica global entre os diversos grupos profissionais de um hospital, ou seja, é importante, que todos devam participar na elaboração estratégica do hospital.

Há que existir, um processo que integre as estratégias individuais com as estratégias globais do hospital, balizando quais os riscos individuais, de modo a não se tornarem riscos para o grupo, as metas e o empreendimento pessoal devem ser harmonizadas pelas metas e missão do hospital.

Outra das variáveis consideradas como tendo um grau de importância “Elevado”, foi os “Indicadores e avaliação de desempenho e de resultados” com 4,103, destacando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os hospitais SPA, com 3,714, e os hospitais em PPP, com 4,750; e os hospitais EPE, com 3,827, e os hospitais em PPP, com 4,750, destes resultados extraídos é facilmente perceptível que é nos hospitais em PPP, em que é dado maior importância aos indicadores de avaliação e desempenho e de resultados, estes resultados são explicados na nossa visão, pela existência de um contrato de longo prazo entre o setor público e privado com exigências e cláusulas contratuais, que devem ser rigorosamente respeitados pelas partes interessadas no modelo de parceria, paralelamente, nos hospitais públicos esta variável para o exercício hospitalar de gestão, obteve menor significância, mas paradoxalmente e de acordo com João Billhim (2008a), existe hoje um clima propício, para a introdução de indicadores de desempenho e avaliação em organismos públicos (hospitais públicos) que levem à mensuração da produtividade, e com a introdução do Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho (SIADAP), a tendência é ainda mais, para uma progressiva aproximação a modelos provenientes e inspirados no setor privado, esta necessidade

em valorizar indicadores de desempenho está também, alinhada e relacionada com os problemas orçamentais das organizações públicas.

As principais dificuldades na gestão hospitalar apontadas pelos inquiridos, recaíram nas dificuldades relacionadas com o “Financiamento e execução orçamental”, efetivamente, o financiamento e as políticas orçamentais de qualquer organização são essenciais ao normal funcionamento das mesmas, mas ainda mais vincadamente, na atual conjuntura, em que é imposto aos hospitais um rigoroso controlo na redução da despesa.

Outra das principais dificuldades apontadas pelos inquiridos, relacionam-se com as “Decisões relativas aos recursos humanos”, de fato, a GRH assume crescente preponderância nas organizações, de acordo com Bilhim (2008a), as pessoas são e devem ser o centro das reformas implementadas nas organizações, assim como, para uma melhoria efetiva da qualidade das políticas, esta dificuldade com os recursos humanos está também intimamente ligada com os; *“...vínculos, recrutamento e seleção, formação e desenvolvimento de competências; carreiras; gestão e avaliação de desempenho; remunerações; segurança e higiene no trabalho; estatuto disciplinar.”*, que as organizações fazem aplicar. De referir também que tendencialmente os modelos de GRH no setor público são mais paternalistas e estandardizados do que no setor privado.

A terceira dimensão mais escolhida pelos decisores inquiridos, tendo maior dificuldade para a gestão hospitalar embate na, “Dependência da organização relativamente a políticas derivadas pelo Estado/acionistas”, é algo umbilical, seja em hospitais públicos para com as medidas e legislação emanada pelo Estado central, respeitando as necessidades coletivas, prosseguindo fins públicos de saúde pública, apesar de na última década existir uma tentativa em fazer aplicar uma maior transferência de poderes e de competências para os hospitais públicos, de acordo com Billhim (2008a), o problema é que numa efetiva deleção de poder que fomente a autonomia dos processos em organismos públicos, implica uma profunda alteração na capacidade de decisão dos decisores hospitalares o que para tal, não basta uma *“...mera previsão normativa nem uma medida ou ordem informal (...) a delegação de poderes é precária, pois é livremente revogável pelo delegante.”*, ou seja, apesar das tentativas que reduzam a dependência das políticas governamentais, os decisores públicos hospitalares têm sempre fortes exigências legais e canais burocráticos a cumprir inevitavelmente.

Sintetizando, o Estado como regulador delega funções aos administradores hospitalares dos hospitais públicos, mas não se demite por completo, apesar de um

aparente distanciamento das decisões dos hospitais, em última análise o Estado responde indiretamente pelos serviços prestados pelos hospitais públicos.

Quanto aos hospitais privados, o grau de dependência a políticas emanadas de acionistas é igualmente acentuado, fruto do espírito comercial das mesmas, embora estas organizações tenham que respeitar escrupulosamente a um alargado conjunto de normas governamentais, de regulação legal e de tutela fiscalizadora, mas em última instância, são os próprios acionistas que decidem e delimitam os caminhos e rumos estratégicos dos grupos empresariais de saúde adjacentes aos hospitais privados.

Quanto à satisfação profissional dos decisores inquiridos, a dimensão laboral onde foi verificada maior satisfação foi “quanto à realização pessoal e profissional” com uma “Satisfação Média” de 3,500, efetivamente é reconhecido que os profissionais do setor da saúde (administrativos e clínicos) possuem altos níveis de reconhecimento profissional e pessoal, por parte da sociedade pelo seu papel profissional desempenhado.

Paralelamente a dimensão laboral que evidenciou uma menor satisfação foi, “quanto à remuneração” com uma “Satisfação Fraca” de 0,731, esta fraca satisfação dos decisores é transversal a todos Estatutos Jurídicos Hospitalares, e pode ser explicada em parte pela atual situação macroeconómica do país, e pelos cortes de salários, benefícios e outros subsídios, ficou igualmente demonstrado, por via da análise estatística, que é nos hospitais públicos (SPA e EPE) onde foram evidenciados maiores graus de insatisfação quanto à remuneração, acompanhando a linha de contextual dos fortes cortes nos salários da função pública que tem sido feitos nos últimos anos (2010-2014), de salientar ainda, que segundo os dados analisados no nosso estudo, é nos hospitais privados onde existe uma maior satisfação com as remunerações, o que pode ser explicado, pela maior liberdade nos modelos remuneratórios nas organizações privadas e pela eventual saúde financeira dos grupos privados de saúde.

Numa reflexão quanto ao impacto do Estatuto Jurídico Hospitalar nas tomadas de decisão em organizações hospitalares, procedendo uma análise mais globalizante do fenómeno, de fato, os hospitais públicos (SPA e EPE), são mais fortemente sujeitos ao produto das políticas públicas derivadas das esferas governativas, que respeitam a fins específicos do Estado, como meio de satisfazer os interesses gerais, a tomada de decisão nestes hospitais, estão por ordem de raciocínio, alinhadas às técnicas e processos de gestão de outras organizações ou instituições públicas, apesar da forte cultura organizacional dos hospitais públicos, muito específica do setor da saúde,

influenciada pela vincada e diferenciada cultura organizacional de profissionais de saúde, que é diferente de outros grupos profissionais de dentro da administração pública.

Inevitavelmente, um hospital público por via do financiamento público, está obrigado a um constante intervencionismo público, sendo que um hospital público não pode nem consegue distanciar-se das estratégias globais do Estado central, nem fugir aos condicionalismos das matérias económicas e sociais do país.

Ainda que, em qualquer dos Estatutos Jurídicos Hospitalares presentes neste estudo, todos estão sujeitos ao crescimento dos custos hospitalares, os decisores estão fortemente focados nas políticas de redução de custos e na utilização eficiente dos recursos usados, evitando desperdícios e da ocorrência da duplicação de serviços.

Na nossa visão, devem ser ultrapassados os complexos em comparar os modelos de gestão entre hospitais públicos e privados, existe na nossa opinião um grande espaço para aprendizagem intersectorial hospitalar pouco explorado.

De referir, que especificamente quanto aos hospitais EPE, é consensual perante a literatura revista de que a empresarialização dos hospitais públicos, veio trazer ganhos de eficiência ao nível organizacional e estratégico, tornando a gestão destes hospitais mais flexível. Apesar dos esforços da empresarialização dos hospitais públicos, que gerou ganhos de eficiência organizacionais que são reconhecidos por muitos decisores de hospitais EPE, levou também paralelamente, a comportamentos individualizantes, perdendo a noção de integração em um sistema mais amplo do sistema de saúde português e particular a rede do SNS.

Fica também na clarividência, que com o advento das PPP, um espírito reformista, que irá seguramente mudar paradigmas nas próximas décadas quanto aos modelos de governação hospitalar em Portugal, estando ainda assim, dependentes dos futuros resultados obtidos com as mesmas.

É então, num ambiente de constantes mutações, como são os hospitais é crucial um decisor hospitalar possua discernimento e disponibilidade para alterar e reformular decisões, contrariamente, em ambientes estáticos com poucas variáveis de incerteza, torna-se mais fácil para um decisor aplicar o processo de tomada de decisão, inversamente em organizações complexas e dinâmicas como são os hospitais, havendo uma forte e desejável regulamentação de normas legais a cumprir, que exige por parte dos gestores hospitalares uma constante adaptação a bruscas alterações legislativas, assim como do surgimento de novos concorrentes do setor hospitalar português, a concorrência hospitalar deve na sua opinião ser fomentada.

Consideramos que as diferenças verificadas quanto aos Estatutos Jurídicos Hospitalares, sob forma de vinculação com regulamentação específica, traduz-se em semelhantes graus de complexidade dos processos legais.

Em suma, consideramos, que seja qual for o ambiente jurídico, ao qual o hospital está inserido, requer primeiramente por parte dos decisores hospitalares um conhecimento profundo das leis, e das doutrinas legais presente na área da saúde, no intuito de preservar as regras e regulamentos que se inserem em contexto hospitalar, consequentemente uma verificação constante das práticas da organização, e se as mesmas estão de acordo com as orientações legais inerentes do estatuto jurídico do hospital, o que exige um constante aperfeiçoar do conhecimento por parte dos decisores hospitalares.

Consideramos que em última instância, a regulamentação disposta nos demais Estatutos Jurídicos Hospitalares, centrada nos processos legais é particularmente relevante para a proteção dos doentes, assim como estes padrões de regulamentação são favoráveis a um maior controlo sobre os hospitais.

A contribuição deste estudo para o meio hospitalar consistiu na identificação dos principais condicionalismos/fatores envolventes no processo de tomada de decisão hospitalar, e como estes são, ou não intimamente ligados ao estatuto jurídico dessas organizações, apontando assim com este estudo, resultados que podem ser discutidos por decisores hospitalar e demais profissionais de saúde.

5.1 Limitações

Na construção da técnica de investigação, ficou claro quanto à necessidade da elaboração de um questionário não muito extenso, prevenindo desta reduzir a probabilidade de os questionários não serem respondidos.

Não foi possível estabelecer a taxa de disponibilidade das respostas por parte dos inquiridos, já que o questionário foi difundido em várias plataformas *online*, sendo solicitado aos participantes que partilhassem o *link* do questionário com outros decisores hospitalares, perdendo-se assim desta forma, uma quantificação exata da disponibilidade de resposta.

Constituindo num estudo exploratório e tendo em consideração o tamanho reduzido da amostra em virtude da população de decisores hospitalares em Portugal, a análise funcionou como linha orientadora de conteúdo, não sendo possível extrapolar resultados da amostra para a população, generalizações das conclusões do estudo não tem como propósito generalizar os resultados extraídos da amostra, no

entanto, e apesar da amostra não ser representativa, dará certamente contributo na clarificação conceptual da tomada de decisão e a sua relação entre diferentes tipologias jurídicas hospitalares presentes em Portugal.

Reconhecemos hipotéticas visões enviesadas, já que não foram aprofundados alguns conceitos, não devido ao comprometimento para com o trabalho, mas sim pela necessidade de restringir a informação. Porventura, e em futuras investigações, importa conjugar na análise ao fenómeno da tomada de decisões hospitalar, indicadores de financiamento e de eficiência das organizações hospitalares.

O tipo de estudo efetuado apesar de possuir semelhantes aproximações a organizações fora do âmbito hospitalar, poderá carecer de maiores evidências ao nível hospitalar. Seria também na nossa opinião relevante adequar e agrupar uma terminologia ou nomenclatura padronizada entre os demais estatutos jurídicos existentes a nível internacional.

Espera-se, que apesar das limitações apresentadas, toda a discussão seja geradora de passos de investigação posteriores.

VI. Considerações Finais

As organizações de saúde em Portugal defrontam-se com inúmeros desafios, acompanhando similares problemáticas de outros sistemas de saúde, que são alguns deles comuns a todos eles; como o aumento da complexidade existente no setor da saúde, as expetativas e exigências por parte de utentes aumentam sem precedentes, o crescente aumento da esperança média de vida que se traduz em populações mais envelhecidas com patologias crónicas mais incapacitantes e dispendiosas, o progresso tecnológico e terapêutico que apesar de amplamente desejável, obriga a investimentos necessariamente avultados das organizações de saúde, acompanhando desta forma, o rápido ritmo de introdução destas tecnologias no mercado, a necessidade destas em adquirir esses meios tecnológicos insere-se numa lógica concorrencial que é em última análise aceitável e desejável.

Mas fundamental e mais vincadamente em Portugal, muitas das discussões sobre a atual gestão do setor hospitalar, são provenientes do despoletar da crise económica iniciada em 2008, e que levou a profundas modificações do ambiente macroeconómico nacional e europeu, que afetaram as organizações de saúde hospitalares como consequência inerente do agravamento das condições económicas do país, que afetam o nível de acesso a cuidados de saúde, assim como, a graves problemas de saúde mental pública resultantes do crescimento do desemprego e do endividamento das famílias, cujo impacto, ainda não é inteiramente conhecido, simultaneamente é imposto especialmente às organizações hospitalares públicas, como desígnio, fortes níveis de controlo e da redução da despesa, resultantes do Memorando de Entendimento com a *Troika*¹⁷ (ME), que mesmo após o seu término, deixará certamente resquício orçamentais e de mentalidade financeira.

A gestão nas organizações hospitalares defronta-se hoje então, com uma necessidade em ultrapassar e superar barreiras, combatendo uma crise de conceções, e de valores que são transcendentais aos demais setores de atividade económica em Portugal, é certo que os decisores hospitalares, assim como os restantes profissionais de saúde ainda estão a lidar com os impactos da crise, existe grande impressibilidade e inquietação quanto aos futuros impactos inerentes destas dinâmicas.

Inversamente, e apesar das adversidades que o setor de saúde ultrapassa, as organizações de saúde, nomeadamente as hospitalares que foram o objeto de estudo central do presente escrito, são submetidas a pressões internas e externas no sentido

¹⁷ Composta por: Comissão Europeia, Banco Central Europeu e Fundo Monetário Internacional.

de melhorar a qualidade, este binómio a que os decisores hospitalares enfrentam, exige-lhes uma capacidade de tomada de decisão que acompanhe os ritmos de mudança e que sejam vincadamente adaptativa, procedendo a alterações nem sempre conciliadoras, este espírito reformista a que estão sujeitos, embate precisamente no campo de atuação da presente dissertação que agora neste capítulo definha.

Para restringir os riscos envolvidos na tomada de decisão, importa criar mecanismos que ajudem o incremento das hipóteses de sucesso das decisões, ou seja, há que identificar as barreiras e os incentivos, determinar a real capacidade para atuar, compreender se existem recursos suficientes, sejam humanos ou financeiros para a implementação de decisões, perceber se existe competência organizacional que permita implementar as mudanças, deverá existir igualmente mecanismos de medição para o sucesso ou insucesso das decisões, (recorrendo à avaliação e monitorização das tomadas de decisão), estabelecer linhas orientadores para as fases de implementação dos projetos com as devidas mudanças que sejam eventualmente necessárias.

Com a discussão da temática, ficou claro, que frequentemente as decisões são tomadas sob pressão, é fundamental que um decisor hospitalar desenvolva processos racionais que o auxiliem numa tomada de decisão bem-sucedida no contexto de pressão. Como o General George S. Patton, Jr alude, “...*O tempo para ouvir os teus medos acontece depois de iniciares a batalha de uma decisão. É o tempo para ouvir todos os medos que se possa imaginar! Quando tiveres reunido todos factos e medos e tomares uma decisão, esquece todos os teus medos e segue em frente.*”¹⁸

Apesar de o processo da tomada de decisão estar assente em resultados de anteriores experiências, a liderança como inclusivamente ficou demonstrado no estudo realizado, seja por evidencia da literatura, assim como pelos resultados estatísticos obtidos, desempenha um papel de orientação inestimável, por vezes as soluções passam por abandonar as antigas soluções, por mais perverso que esta postura pareça, adotando pequenas mudanças ao longo de um largo período temporal e tornando-as num processo mais sistemático, um decisor hospitalar deve assim ter a sensibilidade em adotar novas soluções, há que manter o imperativo no foco da capacidade de liderança dos decisores, como instrumento essencial para a vida das organizações hospitalares, independentemente do seu estatuto jurídico hospitalar.

Decidir implica fundamentalmente, uma capacidade analítica sobre as pessoas da organização, clarificando quais os objetivos da organização, a tomada de decisão

¹⁸ (Tradução Nossa) “... The time to take counsel of your fears is before you make an important battle decision. That’s the time to listen to every fear you can image! When you have collected all the facts and fears and made your decision, turn off all fears and go ahead!”

numa organização hospitalar é então, indispensável para a eficácia organizacional da mesma, importa que os decisores das organizações hospitalares entendam profundamente as influências que vivem na envolvente hospitalar, quais as suas dimensões invisíveis.

O decisor hospitalar deve conhecer as motivações dos profissionais de saúde, quais os seus valores, e qual a cultura que esta enraizada na organização de saúde, o processo de decisão deve ser globalizante e não apenas individual, compreendendo as necessidades e opiniões tanto de doentes como dos profissionais torna-se crucial numa tomada de decisão concisa e coerente com as reais necessidades, exige-se a um decisor hospitalar então, boa qualidade de comunicação, provocando nos outros uma vontade una no solucionamento dos problemas, favorecendo uma cultura que implique equacionar diferentes e antagónicas perspetivas.

Uma das recomendações por nós fomentadas e geradas, relaciona-se com a questão da competição interna, ou seja, desta forma, nas organizações hospitalares devem ser criados mecanismos que fomentem a competição, que apesar de gerarem conflitos internos, geraram também surpreendentes e consequentes ganhos para o hospital, este papel dinamizador deve ser fomentado pelo decisor hospitalar, é importante assim, criar mecanismos que devolvam as competências dos profissionais, de *empowerment*, gerando processos de melhoria contínuos de desenvolvimento profissional, suportados em modelos internos de monitorização e de *benchmarking*, incrementando toda uma cadeia de valor organizativos.

Questões interpessoais também ajudam a explicar o fenómeno da tomada de decisão, todos nós possuímos conscientemente ou inconscientemente uma impressão relativa aos indivíduos, num ambiente de harmonia será sempre à partida mais fácil gerar consensos para a formulação de uma decisão agregadora, criar redes de partilha de responsabilidade incorporando toda uma estrutura hospitalar trará a longo prazo padrões de comportamento e de competência profissional mais eficazes e eficientes.

De salientar, que a rede hospitalar nacional do sistema de saúde português possui realidades diferenciadas, deste os grandes hospitais universitários até aos hospitais de dimensão reduzida, com diferentes competências e realidades operacionais, desta forma, comprar hospitais de realidades distintas facilmente pode-se incorrer em análises intelectualmente estereis, cabe assim na nossa opinião, ao decisor hospitalar ter uma preocupação incessante em adequar a sua tomada de decisão à estrutura hospitalar presente.

Seguindo a evidência científica, efetivamente quanto maior é um hospital, mais elaboradas são as suas estruturas internas, as unidades de serviços são mais diferenciadas, existem maiores exigentes administrativas, devendo estes hospitais, por norma, de grandes agrupamentos hospitalares, adotar modelos de planeamento intersectoriais, maximizando políticas de integração à rede do sistema de saúde português, alinhando estratégias com outras organizações de saúde hospitalares, sejam estas públicas ou privadas, há que abandonar uma visão parcelar do sistema de saúde e adotar uma perspectiva de integração, gerando respostas articuladas e sinérgicas ao cidadão ou cliente/utente.

Sendo um hospital um estabelecimento de saúde de serviços diferenciados, dotada evidentemente múltiplas funcionalidades, esta complexidade de uma organização hospitalar, deve levar a uma menor amplitude de controlo, ou seja, sendo o número de subordinados elevado, esta complexidade patente, impera a necessidade em desenhar transparentemente diagramas mais lógicos e racionais para as organizações hospitalares, que seja de fácil entendimento para os profissionais que nelas desempenham as suas atividades laborais, seja em posições de gestão, de departamentos ou de unidades de serviço.

Qualquer decisor hospitalar deve fomentar equipas de trabalho, incutindo nestas criatividade e inovação, em que haja confiança e uma identificação com a missão do hospital, promovendo assim o debate, levando a que independentemente dos níveis hierárquicos, um decisor em contexto hospitalar assumindo-se como líder, devendo desta forma, um decisor hospitalar, conhecer o campo teórico da motivação humana, devendo o mesmo aplicar um processo contínuo de comunicação interpessoal, já que nas organizações hospitalares as pessoas enquanto recurso, são caracterizadas por recursos humanos dotados de qualificações técnicas específicas e diversificadas de alto conhecimento, o decisor hospitalar deve funcionar como uma peça de redução de incerteza, liderando coerentemente e dando reais contributos às práticas e processos, balizando estratégias e indicadores, avaliando e monitorizando o custo-efetividade dos investimentos realizados no hospital.

Ficou na nossa visão, uma sensação quanto há existência de distúrbios quanto à envolvente organizacional dos hospitais em Portugal, parecendo-nos haver uma multiplicidade de entidades, nem sempre com estratégias e propósitos perfeitamente ordenados, e de uma falta de cultura por parte dos decisores hospitalares públicos para a contenção de custos, tendência esta que na nossa opinião, tem vindo a ser sobejamente modificada.

Um decisor hospitalar perante os novos desafios da área da saúde, deverá deter uma mistura entre as competências, pessoais, sob via dos seus valores e experiência profissional, mas paralelamente, deter em sua posse competências técnicas, é desta forma, fundamental que o decisor hospitalar domine a gestão financeira, mas seja também ele conhecedor de assuntos clínicos, como Lord Nigel Crisp (2014), explica como em Inglaterra foi criado um programa de “*Medicina para gestores*” e “*Gestão para médicos*”, já que segundo o mesmo, “...*É necessário pôr os gestores e os médicos a falar a mesma linguagem uns dos outros.*”, recomendação esta, que deveria ser reproduzida internamente nos hospitais portugueses, como formação profissional fornecida pelas organizações hospitalares aos profissionais.

A gestão hospitalar deve central o enfoque nos modelos de avaliação de desempenho, aumentando desta forma a motivação e satisfação no trabalho, tanto nos profissionais em funções de gestão, como nos profissionais de saúde, sendo que estes na ocorrência de méritos decorrentes das suas funções devessem ser devidamente premiados, porventura, deveria na nossa visão, exponenciar-se a prática de nos hospitais serem adotados modelos remuneratórios indexados ao desempenho profissional e não apenas à produção hospitalar.

Em qualquer das “tipologias” jurídicas hospitalares portuguesas, é consensual que o processo da tomada de decisão deva estar centrado no doente, só assim os decisores podem agir e tomar decisões de acordo com as necessidades dos doentes, parece evidente, mas acreditamos, que nem sempre, os decisores hospitalares centram a sua visão na melhoria continua ao acesso adequado as necessidades dos doentes, respondendo às expetativas da comunidade, assim como, na integração de cuidados, parece-nos existir uma descoordenação entre os níveis de cuidados de saúde.

Também gostaríamos de realçar, que consideramos que nos últimos anos tem existido um esforço por parte dos decisores hospitalares em implementar processos e padrões de qualidade e em grande parte devido aos processos de acreditação e certificação dos hospitais.

Em suma, fica por nós depreendido que a tomada de decisão em organizações hospitalares exige capacidades por parte dos decisores, de conhecimento e de compreensão, a tomada de decisão deve ser utilizada na intenção de melhorar os resultados das decisões, já que na tomada de decisão ocasionalmente ocorrem decisões erradas devido a acontecimentos ou eventos inesperados, devem então os decisores, ter em consideração a ocorrência de imprevistos, os elementos chaves para uma boa governação dos hospitais devem passar por um clara definição dos objetivos

da organização, deve ser inculcido nos profissionais a noção de que a indústria hospitalar é um setor competitivo, exigindo aos profissionais informação de qualidade para uma gestão eficiente.

VIII. Referências Bibliográficas

- ADIZES, I. - Os Ciclos de Vida das Organizações - Como e por que as empresas crescem e morrem e o que fazem a respeito. 2ª edição. São Paulo:Pioneira, 1993.
- ALMEIDA, F. - Avaliação de desempenho para gestores. MrGraw-Hill, 1999.
- BARNES, A. J. - A Liderança segundo John F. Kennedy – Lições e legado de um presidente. 1ªedição. Alfragide: Casa das Letras, 2007.
- BARRETT, R. - Como Construir uma Organização Gerida por Valores – Uma abordagem prática e sistémica para a Transformação Cultural Sustentável. Porto: Biorumo, 2006.
- BARROS, P. - Parcerias Público – Privadas. Faculdade de Economia: Universidade Nova de Lisboa, 2010. Consultado em 7 de Fevereiro de 2014, <<http://www.apes.pt/LinkClick.aspx?fileticket=990FzErPIAU%3D&tabid=156>>
- BILHIM, J. - Teoria Organizacional – Estruturas e Pessoas. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2008a
- BILHIM, J. - Ciência da Administração. 2ª Edição, Lisboa: Universidade Aberta, 2008b.
- BRAGA, A. - Factores que Influenciam a Tomada de Decisão em Inovar nas Empresas Portuguesas. Tese de Mestrado em Gestão. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Departamento de Economia, Sociologia e Gestão. Vila Real, 2010.
- CAMPOS, A. - Hospital-empresa. Crónica de um nascimento retardado – Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume Temático 21, Nº1 (Janeiro/Junho 2003).
- CAMPOS, L.; BORGES, M.; PORTUGAL, R. (Editores) – Governação dos Hospitais. Alfragide: Casa das letras, 2009.
- CHASE, C. - A Tomada de Decisão. Lisboa: Gradiva, 1992.
- CHIAVENATO, I. – Teoria geral da administração: abordagens prescritivas e normativas da administração. 3ªEdição. São Paulo: McGraw-Hill, 1987.
- CRISP, N.- “Entrevista a Lord Nigel Crisp”. Revista Gestão Hospitalar. APAH, Janeiro, 2014.
- DELOITTE - Saúde em análise, Uma visão para o futuro. Lisboa: Deloitte Consultores, 2011. Consultado a 22 de Março de 2014, <[https://www.deloitte.com/assets/DcomPortugal/Local%20Assets/Documents/PSL_SHC/pt\(pt\)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf](https://www.deloitte.com/assets/DcomPortugal/Local%20Assets/Documents/PSL_SHC/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf)>

- DRUCKER, P. - The Practice of Management. New York: Harper & Row, 1954.
- DRUCKER, P. - The essential Drucker on the Individual. Vol. 1 – São Paulo: Nobel, 2001.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016. Versão Resumo. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2013.
- FORTIN, M. - O Processo de Investigação da concepção à realização. Lisboa: Décarie Éditeur, 1999.
- FRANCA, L.; MONTE, A. - Comparação entre Sistemas de Gestão Hospitalar: SPA, SA e EPE na Perspectiva do Planeamento e Controlo Orçamental – Um estudo de caso. In XIV Congresso Internacional de la Academia de Ciências Administrativas. Monterrey, 2010. Consultado em 18 de Março de 2014, <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2541/1/paper_Franca%26Monte_A_CACIA-MX2010.pdf>
- FREDERICO, M.; LEITÃO, M. – Princípios de Administração para Enfermeiros. 1ª Edição. Coimbra: Formasau, 1991.
- GIL, A. - Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 2ª Edição. São Paulo: Atlas, 1989.
- GRAÇA, L. - Motivação e Satisfação no Trabalho. Universidade Nova de Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.
- GUO, KRISTINA L. - DECIDE: A Decision-Making Model for More Effective Decision Making by Health Care Managers. Journal Articles: The Health Care Manager. Volume 27 Number 2 (2008) 118-127. Consultado em 28 de Março de 2014, <<http://www.nursingcenter.com/lnc/static?pageid=800371>>
- HARFOUCHE, A. - Hospitais Transformados em Empresas Análise do Impacto na Eficiência: Estudo Comparativo. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2008.
- HERSEY, P.; BLANCHARD, K. H. - Management of Organization Behavior – Utilizing Human Resource – 4ª Edição, Escondido, California: Center of Leadership Studies, 1982.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Dia Mundial da Saúde – 7 de abril – 2002 – 2012. Destaque de informação à comunicação social, 2014. Consultado a 20 de Maio de 2014, <http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=215851192&att_display=n&att_download=y>

- LARA, A. - Ciência Política – Estudo da Ordem e da Subversão – 5ª edição, Universidade Técnica de Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Humanas, 2009.
- MALAGÓN, L. et al - Administração Hospitalar. Montevideo:Editorial Médica Panamericana S.A.C.F, em co-edição com: Editora Guanabara Koogan S.A., 2003.
- MARÔCO, J. - Análise Estatística com o SPSS Statistics. 5ª Edição. Pero Pinheiro: ReportNumber, 2011-
- MEZOMO, J. - Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios básicos. 1ª edição. São Paulo: Manolo, 2001.
- NOGUEIRA, F. - Decisores Hospitalares – Necessidades Formativas e Informativas. Tese de Doutoramento em Gestão. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real, 2004.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - Relatório Primavera 2012 – Crise & Saúde – Um País em Sofrimento. Lisboa: OPSS, 2012. Consultado a 22 de Março de 2014, <<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012.pdf>>
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE. - Relatório de Primavera 2013 – duas faces da saúde. OPSS, 2013. Consultado em 16 de Fevereiro de 2014, <<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2013.pdf>>
- PEREIRA, A. - SPSS – Guia prático de utilização – Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia. 7ª edição. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.
- PUCCI, M. - Análise do processo de tomada de decisão orçamentária no setor de saúde – Dissertação de Mestrado em Ciências Contábeis – São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2012.
- REIS, C. - Modelos de Gestão Hospitalar – Análise Comparativa. Dissertação de Mestrado em Gestão e Organização dos Serviços de Saúde. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, 2011.
- RIBEIRO, J. – Saúde: A liberdade de escolher. Lisboa: Gradiva, 2009.
- ROSS, A.; WENZEL, F. J.; MITLYNY, J. W. - Leadership for the future: core competencies in healthcare. Washington, D.C.: AUPHA Press, 2002.

- SCHEIN, E. H. - Organizational culture and leadership. 3ª Edição. San Francisco: Jossey-Bass, 2004.
- SCHULZ, R.; JOHNSON, A. - Management of Hospitals. Wisconsin: McGraw-Hill, 1976.
- SHORTELL, S.; KALUZNY, A. - Health Care Management – Organizations Design and Behavior. 4ª Edição. Albany: Delmar Thomson Learning, 2000.
- SIMÕES, J. - As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal – Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume Temático 4, 2008.
- SIMON, H. A. - Administrative Behavior: a Study of Decision-Making Processes in Administrative Organizations. 3ª Edição, New York: The Macmillan, 1976.
- TEIXEIRA, S. - Gestão das Organizações. Lisboa: McGraw-Hill, 2010.
- TICHY, N. M.; BENNIS, WARREN G. - Decidir. Como os líderes de sucesso fazem escolhas acertada. Lisboa: Actual Editora, 2010.
- WALSHE, K.; SMITH, J. - Healthcare Management. 2ª Edição Berkshire: McGraw-Hill, 2011.

Legislação Consultada

- ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA PORTUGUESA. Decreto-Lei nº 233/2005 D.R 1º Série. 2005/12/29 - Ministério da Saúde. Consultado a 18 de Março de 2014, <http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1847DB2D-0EA2-458C-A148-93B409E09390/3735/dr93_2005_epe.pdf>
- ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA PORTUGUESA. Estatutos – Hospitais E.P.E – Anexo II ao Decreto-Lei n.º 233/05, de 29 de Dezembro (alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº.244/2012, de 9 de Novembro.)
- ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA PORTUGUESA. Lei n.º 27/2008 de 8 de Novembro – *Lei de Gestão Hospitalar*. Consultado a 18 de Março de 2014, <<http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/NR/rdonlyres/E9D8B38C-597B-4248-86E0-365A414A541C/3730/legislaçaohospitalarHSA.pdf>>

ANEXOS

ANEXO (a)

Questionário - A Tomada de Decisão em Organizações Hospitalares

O presente questionário faz parte de um Projeto de Investigação no âmbito de Dissertação de Mestrado.

Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa - Mestrado de Gestão em Saúde

Tema: “Caracterização da Tomada de Decisão em Organizações Hospitalares - Impacto do Estatuto Jurídico”

Orientador: Prof. Dr. Adalberto Campos Fernandes

Os dados recolhidos visam compreender o processo da tomada de decisão em contexto hospitalar mediante os diferentes estatutos jurídicos que caracterizam as organizações hospitalares.

A informação recolhida é estritamente confidencial e anónima, tendo como objeto, fins meramente académicos.

Grato pela atenção que possa dispensar na participação neste estudo.

Investigador, João Pedro Andrade Lopes

I – Dados da Caracterização

1.1 Sexo

Masculino ☐

Feminino ☐

1.2 Idade

1.3 Formação Académica

Licenciatura ☐

Pós-Graduação ☐

Mestrado ☐

Doutoramento ☐

Outro ☐

II - Perfil Profissional

2.1 Nome da Instituição

2.2 Estatuto Jurídico Hospitalar (Referente à Instituição acima referida)

- Hospital EPE (Entidade Pública Empresarial) ☐
- Hospital SPA (Setor Público Administrativo) ☐
- Hospital PPP (Parceria Público/Privada) ☐
- Hospital Privado ☐

2.3 Função profissional desempenhada no hospital.

- Presidente do Conselho de Administração ☐
- Vogal do Conselho de Administração ☐
- Diretor/(a) Clínico/(a) ☐
- Enfermeiro/(a) Diretor/(a) ☐
- Gestor(a)/Administrador(a) Hospitalar ☐
- Diretor(a) de Serviço ☐
- Responsável de Unidade ☐
- Outro: _____ ☐

III – A Tomada de Decisão

3.1 Qual a etapa mais importante no processo de tomada de uma decisão? (Assinale a opção que **mais fortemente corresponde à sua opinião)**

1 - Perceção da situação.	
2 - Análise e definição do problema.	
3 - Definição dos objetivos.	
4 - Procura de alternativas de soluções.	
5 – Avaliação e comparação dessas alternativas.	
6 – Escolha da alternativa mais adequada.	
7 – Implementação da alternativa escolhida.	
8 – Avaliação dos resultados	

3.2 Qual o grau de influência das seguintes condicionantes/fatores para a aplicabilidade das tomadas de decisão em contexto hospitalar?

(Assinale com um “x” a opção que corresponde à sua opinião)	Nula	Fraca	Média	Elevada	Muito elevada
Influências Externas da Envolveinte Organizacional. (Política e Macroeconómica)					
Influências Internas – Condicionaisismos Organizacionais. (Estrutura e desenho organizacional)					
Espaço temporal na formulação da tomada de decisão					
Informação e Comunicação					
Tecnologia					
Formação profissional dos decisores					
Motivação e Satisfação Profissional					
Relações entre a Autonomia/Autoridade e Influência/Poder					
Liderança					
Estatuto Jurídico do Hospital					
Políticas de governação hospitalar					
Visão integrada a partir das mudanças observadas					
Superposição de objetivos individuais e coletivos					

3.3 Qual o fator que **mais influencia** a tomada de decisão por parte dos decisores hospitalares? (Assinale com “x” a opção a que **mais fortemente** corresponde à sua opinião)

A ética e valores do decisor	
A capacidade do decisor em tomar decisões em grupo	
A experiência profissional e académica do decisor	
A racionalidade técnica do decisor	
A capacidade em formular decisões consensuais e satisfatórias	
A capacidade de liderança do decisor	
A visão do decisor sobre o futuro	

3.4 Qual o tipo de decisões de gestão mais tomadas no seu hospital? (Assinale com “x” a opção que **mais fortemente** corresponde à sua opinião)

Rotineiras (Programáveis e genéricas)	
Não Rotineiras (Adaptativas e inovadoras)	

3.5 Tendo em conta a sua experiência profissional, qual das seguintes afirmações traduz maior veracidade?

Existe uma relação direta entre a tomada de decisão hospitalar e o estatuto jurídico do hospital.	
Não existe qualquer relação entre a tomada de decisão hospitalar e o estatuto jurídico do hospital.	

IV -A Gestão Hospitalar

4.1 Qual o **grau de importância** das seguintes variáveis quanto ao exercício de gestão hospitalar?

(Assinale com um “x” a opção que corresponde à sua opinião)	Nula	Fraca	Média	Elevada	Muito elevada
Definição estratégica global do hospital					
Funcionalidade no desenho organizativo.					
Modelos remuneratórios					
Comunicação Organizacional					
Indicadores e Avaliação de desempenho e de resultados					
Sistemas de qualidade					
Satisfação dos doentes					
Satisfação dos profissionais					
Articulação de cuidados					
Inovação na gestão					
Processos de contratualização					
Formação profissional					
Desenvolvimento tecnológico					

4.2 Quais as **principais dificuldades** a que um Gestor Hospitalar está sujeito? (Selecione as 3 mais importantes)

Financiamento e execução orçamental.	
Cumprimento dos planos de actividade.	
Decisões relativas aos Recursos Humanos.	
Decisões relativas aos Recursos Financeiros da organização.	
Decisões relativas aos Recursos Técnicos, nomeadamente tecnológicos.	
Dependência da organização relativamente a políticas	

derivadas pelo Estado/Acionistas.	
Articulação entre a gestão estratégica e a gestão operacional.	
Operações logísticas.	
Cumprimento de obrigações com as indústrias da saúde.	

V – Satisfação Profissional

5.1 Relativamente à sua função profissional, como traduz o seu **grau de satisfação** com a mesma?

(Assinale com um “x” a opção que corresponde à sua opinião)	Nula	Fraca	Média	Elevada	Muito elevada
Quanto à autonomia e poder?					
Quanto às condições de trabalho?					
Quanto à realização pessoal e profissional?					
Quanto às relações de trabalho e suporte social?					
Quanto à remuneração?					
Quanto à segurança no emprego?					
Quanto ao <i>status</i> e prestígio?					

MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO PRESTADA

ANEXO (b)

Cronograma de Atividades - Caracterização da Tomada de Decisão em Organizações Hospitalares – Impacto do Estatuto Jurídico – João Pedro Andrade Lopes

	Out 13	Nov 13	Dez 13	Jan14	Fev 14	Mar 14	Abril 14	Maio 14	Junho 14
Revisão da literatura – Escrita de dissertação									
Definição da metodologia									
Elaboração dos Questionários									
Contacto com os participantes do estudo para aplicação de questionários									
Aplicação dos questionários									
Análise e tratamento dos dados									
Apresentação dos Resultados									
Considerações Finais									